



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela Profesional de Antropología

Salud materna en Haquira. Un estudio antropológico acerca de las concepciones y prácticas del embarazo, parto y puerperio en Apurímac

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Antropología

AUTOR

Marco Antonio ASTETE CHECAÑA

ASESOR

Mercedes Giesecke SARA LAFOSSE

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Astete, M. (2018). *Salud materna en Haquira. Un estudio antropológico acerca de las concepciones y prácticas del embarazo, parto y puerperio en Apurímac*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela Profesional de Antropología]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.



ACTA PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ANTROPOLOGÍA

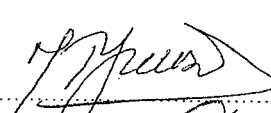
En Lima a los diecisiete días del mes de abril del dos mil dieciocho, reunidos en el Salón de Grados de la Facultad de Ciencias Sociales, bajo la presidencia del Dra. María del Rosario Jiménez Alva y con la asistencia de los miembros del Jurado y del Vicedecano Académico de la Facultad, se dio inicio a la sustentación de la Tesis presentada por el Bachiller Marco Antonio Astete Checaña, para optar el TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ANTROPOLOGÍA titulada:

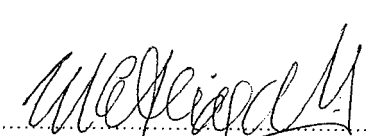
"SALUD MATERNA EN HAQUIRA, UN ESTUDIO ANTROPOLÓGICO ACERCA DE LAS CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN APURIMAC"

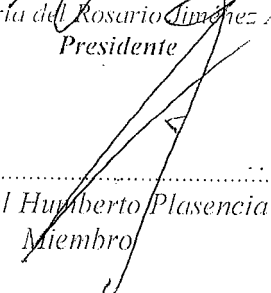
A continuación se formularon las preguntas y observaciones por parte de los miembros del Jurado. Luego de absueltas, el Jurado procedió a calificar la exposición de la Tesis obteniendo la nota:

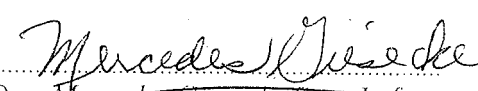
DIECIOCHO (18)


El Jurado, de conformidad al Reglamento General de Grados y Títulos de la Facultad, acordó otorgar al Bachiller Marco Antonio Astete Checaña el TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ANTROPOLOGÍA y para dar constancia se extendió la presente Acta y firmaron:

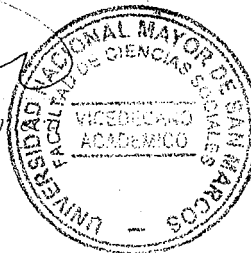

Dra. María del Rosario Jiménez Alva
Presidente


Dra. Mérida Elyira Aliaga Santa María
Miembro


Dr. Rommel Humberto Plasencia Soto
Miembro


Dra. Mercedes Giesecke Sara Lafosse
Asesor


Dr. Francisco Felipe Quiroz Ch
Vicedecano Académico (e)



*Al pueblo de Haquira, paraje bendito en donde se aprende el significado de vivir en el
Perú.*

A mi familia: mis padres, hermanos, abuelos, tíos y primos.

A Yojana Elia Astete Checcaña, quien siempre será una fuerza mágica.

A veces nos encontramos en situaciones raras sin saber cómo. Nos metemos en ellas paso a paso y del modo más natural, hasta que de súbito, cuando estamos ya enzarzados, el corazón nos da un vuelco y nos preguntamos cómo diablos pudo ocurrir aquello.

Heyerdahl, Thor. 1991. *La Expedición Kon-Tiki*, pág. 5

Al cumplir los treinta años Zaratústra abandono su patria y los lagos de su patria, y se retiró a la montaña. Allí podía gozar de su espíritu y su soledad, y así vivió durante diez años, sin fatigarse. No obstante, al fin su corazón experimento un cambio; y cierta mañana en que se levantó con la aurora naciente, se encaró con el Sol y le dijo: “¡Oh, ¡Tú, Gran Astro! Si te faltasen aquellos a quienes iluminas, ¿qué sería de tu felicidad? Durante diez años, día tras día, has comparecido ante la boca de mi cueva: de seguro que ya te habrás cansado, tanto de tu luz como de tu girar eterno, a no ser por mí, por mi águila y mi serpiente. Pero nosotros te aguardábamos todas las mañanas, recibíamos de ti lo que sobraba, y te bendecíamos con agradecimiento.

Nietzsche, Friederich. *Así Hablo Zaratustra*

Esperamos que, al compartir más abiertamente los conocimientos médicos y al aprender lo que sirve mejor de la medicina tradicional tanto como la medicina moderna, toda la gente pueda encontrar un camino más sensible y más humano para cuidar su propia salud y para tratarse mejor unos a otros.

Werner, D. *Donde No hay Doctor*, 1998

¿Cómo se entiende que hayga alguien que no tenga patria? Usted dirá que sabe más, porque ha tenido mucha escuela; los indios solo tienen su pueblo o su patrón, los señores tenemos patria: el Perú. Si hay guerra, con cualquier país que sea de los vecinos, yo llevo mis indios; yo los hago marchar bien en los patios de las haciendas, y voy al frente a pelear; a dar mi vida; ningún Argentinas ni Venezuelas nos van a quitar ahora ni una yugada de tierras.

Arguedas, J. *Todas las sangres*, 1973, pág. 17

AGRADECIMIENTOS

Sin duda, este trabajo no fue realizado exclusivamente por una sola persona, ya que en el proceso confluyeron varias personas. Son tantas las personas que aparecieron en este camino, las cuales, espero con todo aprecio, recordar y ponerlos en esta sección para agradecerlos. En ese sentido, de manera general, agradezco a todas las personas vinculadas directa o indirectamente con la elaboración de este trabajo, en cualquier etapa de la misma, de aquí y de allá, de ayer y de ahora.

Mis agradecimientos van en primer lugar a mis padres que siempre confiaron en mí. Desde aquellos años en que apoyaron mi decisión de dejar Haquira para seguir estudios en “San Marcos”, tuvieron fe en que lograría pasar el riguroso examen de admisión a pesar de ser egresado de un colegio público de la serranía más lejana y que podría terminar los años universitarios con algo que represente mis conocimientos adquiridos y sean volcados a la tierra de donde procedo. De esa etapa también quisiera agradecer a varios familiares que me brindaron su apoyo y en especial a mi tía América. Y para la etapa de tesis, nuevamente a mis padres por darme el tiempo para sentarme a escribir y brindarme su apoyo material y moral en esta tarea. A mis hermanos: Alelí, por darme el pasaporte para observar los servicios de atención de salud; Gino Alonso, quien por su curiosidad colaboro enormemente con este trabajo a pesar de que no se diera cuenta; Denis, por ser un eterno compañero del camino de esta vida. A mis abuelos Aquiles, Antonio, Hermelinda y Aniceta. A mis tíos y primos.

A quienes fueron mis profesores en diferentes cursos durante el pregrado: Román Robles, Teodomiro Palomino, Ladislao Landa, Rommel Plascencia, Pablo Sandoval, Harold Hernández, Fabiola Yeckting, Sabino Arroyo, Jaime Regan, Luis Suarez. De esa etapa universitaria también quisiera agradecer a quienes, ofreciendo su amistad, contribuyeron mucho en mi formación: Michael, Fátima, Raquel, Lisdey, Esperanza, María, Marco, Martín, Daniel, Joel, Raisa. A mis amigos del “grupo bicentenario”: Brian, Hans, Diego, Roberto, Gian Carlos, Mitchel. A mis amigas de temas antropológicos: Adelí, Fiorella, Melissa, Katherine y Gabriela. A los amigos que estuvieron como testigos durante esta tarea: Yonathan, por haber estado siempre desde que aún me dedicaba a otros temas y dar sus más ásperos comentarios; Cynthia, quien siempre tuvo disposición de tiempo para escuchar las ideas descabelladas sobre temas de investigación y fue testigo de la formulación del problema de investigación; Leonardo, quien no dudo de compartir sus conocimientos sobre interculturalidad,

etnicidad y salud; a Mariana, por disponer de su tiempo para escuchar y dar opiniones cuando aún la investigación estaba en ideas opacas y supo encaminarme a concentrarme en lo central, en la “semilla de mostaza” y Helia, por dar pistas e información que aportaron a este trabajo y su sincero deseo reflejado en esa recurrente frase de “termina tu tesis”.

Este trabajo se realizó gracias al aporte y colaboración de varias instituciones. En primer lugar, mis agradecimientos al Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) que fue quien me abrió sus puertas para realizar mis prácticas profesionales y me permitió hacer antropología, en donde aprendí sobre antropología médica y la puesta en práctica de la interculturalidad. En esta institución recibí el apoyo y respaldo de personas como Rocio Santivañez, Marco Bartolo, Betty Monteza, Kary Gonzales, Felix Valenzuela, Katherine Marie y especialmente a Graciela Sánchez. Debo mencionar que esta tesis se hizo como continuación a una de propuesta de un Protocolo de Investigación para el CENSI, que por cosas del destino no se dio la posibilidad de hacerlo desde esa institución y para no darle fatal sepultura decidí retomarlo como trabajo personal y quiero agradecer a Charo Giménez, quien fue la persona que me dio las claves para hacer un proyecto “que sirva para el país”. Mis agradecimientos también para el Instituto Seminario de Historia Rural Andina (ISHRA) de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, que me abrió la posibilidad a recibir un financiamiento del Vicerrectorado de Investigación y Posgrado. Del ISHRA agradezco a mi asesora Mercedes Giesescke, quien fue mi profesora en el curso de Interculturalidad, luego en los Talleres de tesis y finalmente como mi asesora viendo minuciosamente cada aspecto de la investigación y la elaboración del informe. Mis agradecimientos también para los profesores Mérida Aliaga, Charo Jiménez y Rommel Plasencia, quienes forman parte del jurado de tesis y dieron sus observaciones de forma amigable con el objetivo de aportar a la investigación en el país. Así también mis agradecimientos para la Microred de Salud Haqira y Municipalidad Distrital de Haqira.

Por el cariño y apoyo dado, a los pobladores de Haqira, el apoyo desinteresado y la apertura al dialogo regalando su tiempo, contribuyeron mucho en la información. A mis amigos de Haqira, aquellos que conocí en la infancia y nunca deje: Henry, José Carlos, Roger, William, Hernán, José Luis, por las largas horas que prestaron como “informantes” de los acontecimientos actuales, ya sea en días de deporte, días comunes o noches bohémias. Mis agradecimientos también para los estudiantes de los colegios

de Haqira Cesar Vallejo y José María Arguedas que contribuyeron en proporcionar datos de forma ilustrativa y en especial a Yojana, Yoseli, Anacri, Silvana y Gino por sus dibujos que están incluidos dentro de este informe de tesis. En especial, mis agradecimientos a la gente especialista en la medicina tradicional de Haqira que dieron la información más sustancial.

RESUMEN

El estudio se ocupa de la salud materna en el distrito de Haquira, un paraje enclavado en el contrafuerte de la cordillera occidental de las llamadas provincias Altas de Apurímac, en el sur andino peruano. Se centra las prácticas y concepciones en salud materna, explorando el contexto de pluralidad de salud y el contexto dinámico de la zona rural. El argumento principal es que la salud materna está relacionado a los aspectos de la vida social y más que cualquier aspecto de la salud, es en este punto en donde la cultura es determinante.

ABSTRACT

The study deals with maternal health in the district of Haquira, a place located in the buttress of the western mountain range of the so-called Altas de Apurímac provinces, in the Peruvian Andean south. They focus on practices and conceptions in maternal health, exploring the context of plurality of health and the dynamic context of the rural area. The main argument is that maternal health is related to aspects of social life and more to health, at this point where culture is determinant.

INDICE

INTRODUCCIÓN	12
Capítulo 1	18
Marco conceptual y metodología	18
1. Antecedentes en la salud materna en el contexto peruano	19
1.1. Situación de la mortalidad materna a nivel mundial	19
1.2. Situación y características de la mortalidad materna en el Perú.....	20
1.3. Causas de muerte materna.....	24
1.4. Inequidades en salud	25
1.5. Acciones en favor de la salud materna.....	27
2. La salud materna y su estudio	28
2.1. Salud materna y derechos.....	28
2.2. Factores multidimensionales	29
3. Composición sociocultural	31
3.1. Sociedad y cultura	31
3.2. La especificidad étnica y cultural.....	33
4. La salud desde la antropología	34
5. Sistema de salud desde la antropología	37
4.1. Sistema de salud local	37
6. Características de la sociedad rural	41
5.1. Cambios en la sociedad rural	41
7. Estrategias en salud	45
6.1. Ciudadanía ampliada	45
6.2. Interculturalidad en salud	46
8. Metodología del estudio	53
7.1. Consideraciones epistemológicas.....	53
7.2. Vivenciar el hecho en el trabajo de campo.....	55
7.3. Trabajo de análisis.....	57
Capítulo 2	59
Información general del contexto local	59
1. Aspectos generales	60
1.1. Ubicación	60
1.2. Geografía.....	61
1.3. Aspectos demográficos	66

2. Aspectos históricos	69
3. Aspectos sociopolíticos	73
4. Cambios sociales	79
5. Situación epidemiológica	83
Capítulo 3.....	87
Sistema de salud en Haqira desde la antropología	87
1. Ideas y conceptos sobre salud/enfermedad	88
1.1. Concepción de salud.....	88
1.2. Concepción de enfermedad	93
2. Practicas locales del sistema de salud de Haqira.....	103
2.1. Agentes de salud, terapeutas especialistas y curanderos	103
2.2. Equipamiento e insumos del repertorio terapéutico	111
2.3. Marco legítimo de reconocimiento de terapeutas y su tratamiento	116
2.4. Itinerarios de atención	117
2.5. Prevención de la salud.....	121
3. Pluralismo de salud en el mundo rural	122
Capítulo 4.....	125
Prácticas y concepciones de cuidado materno en Haqira.....	125
1. Salud materna: embarazo, parto y puerperio	126
2.1. Concepciones sobre el origen y naturaleza del embarazo	126
2.2. Diagnóstico del embarazo	151
2.3. Cuidados y controles	152
2.4. Parto y puerperio	169
Capítulo 5.....	173
Soporte social para la salud de las mujeres	173
1. Conociendo al contexto social de la salud materna	174
1.1. Cristal de mira	174
2. La práctica asistencial para la salud materna	180
2.1. Participación en salud.....	180
2.2. Atención del personal.....	196
2.3. Percepciones sobre los servicios de salud	201
CONCLUSIONES.....	204
Bibliografía	213
ANEXOS	225

Lista de ilustraciones

Ilustración 1: Crecimiento estacional de la fruta del capulí	66
Ilustración 2: Feria Distrital por las fechas de la festividad de la Virgen del Rosario	78
Ilustración 3: Calle de acceso al Centro de Salud de Haquira.....	85
Ilustración 4: Males más frecuentes en Haquira	94
Ilustración 5: Males más frecuentes de origen sobrenatural	98
Ilustración 6: Síndrome denominado Apu oqarisqa	107
Ilustración 7: Síndrome pacha hapirusqa	108
Ilustración 8: Curandero tradicional haciendo diagnostico con lectura de coca	109
Ilustración 9: Mujer curandera atendiendo a gestante.....	113
Ilustración 10: Grafico del itinerario para la atención de la salud.....	119
Ilustración 11: Diagrama del itinerario de atención de los pobladores de Haquira.....	120
Ilustración 12: Crecimiento embrionario del bebe según la concepción de las personas.....	126
Ilustración 13: Mujer gestante recibiendo apoyo de su pareja	147
Ilustración 14: El Machu fastidiando a una adolescente en horas nocturnas	153
Ilustración 15: El Machu convertido en mozo seduciendo a una joven pastora.....	162
Ilustración 16: Machuq churin, producto del embarazo con el ser sobrenatural.....	163
Ilustración 17: Madre gestante con sus labores domésticas diarias	164
Ilustración 18: Gestante acudiendo al Centro de Salud para su control.....	166
Ilustración 19: Embarazada cayendo de las gradas	167
Ilustración 20: Gestante con antojos	168
Ilustración 21: Trabajo de parto en la sala de parto del Centro de Salud.....	170
Ilustración 22: Afición taurina entre los pobladores de Haquira.....	171
Ilustración 23: Recién nacido protegido con el walq'asqa (envuelto)	172
Ilustración 24: Situación de una de las calles de la capital distrital	175
Ilustración 25: Familia transportándose en una motocicleta	176
Ilustración 26: Priorización en trabajos sobre agua y saneamiento básico	182
Ilustración 27: Obras del Municipio en un mural.....	183
Ilustración 28: Anuncio del Padrón Nominal en un muro del CC.SS. de Haquira	184
Ilustración 29: Ruta de acceso al Centro de Salud de Haquira.....	186
Ilustración 30: Construcción de carreteras que articulan las comunidades	188
Ilustración 31: Estado de las calles en el Centro Poblado Patan	189
Ilustración 32: Atención diaria en el Centro de Salud de Haquira	192
Ilustración 33: Sectorización territorial en un mural de la Posta de Patan.....	193
Ilustración 34: Vehículo empleado para ambulancia en estado de abandono	194
Ilustración 35: Anuncio en quechua sobre el frio en un muro del CC.SS. Haquira	196
Ilustración 36: Pasadizo del Centro de Salud de Haquira	197
Ilustración 37: Atención a gestantes en el Centro de Salud de Haquira.....	198
Ilustración 38. Imagen de propaganda de la Casa Materna.....	199
Ilustración 39: Calle de acceso a la Posta de Patan.....	202

Lista de tablas

Tabla 1: Número de muertes maternas por regiones en el Perú 2000 – 2016	23
Tabla 2: Principales causas de muerte materna.....	25
Tabla 3: Principales microcuencas de Haqira	63
Tabla 4: Municipios menores y Comunidades/sectores/anexos.....	67
Tabla 5: Rangos de población por centro poblado en el distrito Haqira	68
Tabla 6: Instituciones frente a la concertación en Haqira (2004).....	76
Tabla 7: Cambios en las actividades económicas	82
Tabla 8: Establecimientos de Salud en Haqira.....	84
Tabla 9: Síndromes Culturales en Haqira.....	102
Tabla 10: Noción de salud y enfermedad.....	103
Tabla 11: Clasificación de agentes de medicina en el contexto local	107
Tabla 12: Técnicas y procedimientos de diagnostico.....	114
Tabla 13: Concepciones sobre el conocimiento en salud sexual reproductiva.....	128
Tabla 14: Gestantes Reenfocadas en Haqira	129
Tabla 15: Diagnostico de problemas y propuestas de los candidatos a la alcaldía de Haqira.	185

Lista de gráficos

Gráfico 1. Tendencia de la disminución de la muerte materna	21
Gráfico 2. Curvas comparativas de la distribución de la tasa de muerte materna por grupos de edad. Perú 2002 y 2001	22
Gráfico 3: Número de muertes maternas por regiones en el Perú 2012-2016.....	24
Gráfico 4: Sistema de salud plural	40
Gráfico 5. Componentes de la interculturalidad en salud	49
Gráfico 6: Líneas de trabajo prioritarias en cooperación para los actores sociales.....	50
Gráfico 7: Patrón de ocupación del territorio	68
Gráfico 8: Población por centros poblados 2007	69
Gráfico 9: Mesas temáticas del Plan Estratégico de Desarrollo Concertado 2000 al 2010.....	77
Gráfico 10: Origen de los padecimientos de Hugo Delgado	96
Gráfico 11: Clasificación de agentes de medicina	111
Gráfico 12. Encargados del resguardo de la Salud.....	174

Lista de mapas

Mapa 1: Ubicación del departamento de Apurímac	61
Mapa 2: Ubicación de Haqira en el departamento de Apurímac.....	62
Mapa 3: Ámbito de Haqira con sus comunidades y anexos.....	64

INTRODUCCIÓN

Existe una noción convencional sobre el conocimiento cabal de las cosas mientras no se haga cuestionamiento de estas. Ello debido a que el conocimiento no es una disección de la realidad que parte de la ignorancia para llegar al saber; sino más bien es un paisaje de senderos que se secciona en múltiples dimensiones generando una realidad caleidoscópica en el que los saberes se superponen, distinguen y confunden con las creencias, sabidurías y epistemes. Es así que es difícil determinar cuando uno llegó a un determinado campo del conocimiento. En el tema de la salud, al igual que la cultura, es difícil encontrar ese momento de inserción ya que es un área donde las acciones humanas están constantemente ligadas; así como lo decía Leslie White sobre la ciencia de la cultura, mientras es más próximo un objeto en la vida de las personas la atención sobre esta será más lenta (Bohannon & Glazer, 1993). Desde esta óptica no ubico el momento exacto en el que me sumergí en el tema de la salud en la antropología, pese a que resulta ser un aspecto trascendental y recurrente de la vida. Haciendo una arqueología de mi memoria es claro que ese momento de decisión por la salud no fue durante mi formación universitaria, ni siquiera en los talleres de tesis tenía una idea sobre este tema. Siempre justificaba que mi decisión por hacer tesis con este tema fue por un motivo estratégico de completar un trabajo encargado en el Centro Nacional de Salud Intercultural. La resolución final por hacer el tema recién lo tome una semana después de concluir mi último curso. Sin embargo, los primeros indicios los ubico durante mi etapa de escolar cuando mi familia se trasladó de la ciudad de Arequipa a su pueblo apurimeño de Haquira, al que yo también más tarde llegue a pertenecer. Es durante ese traslado y cambio brusco en donde descubrí un mundo distinto: pisos empedrados o solamente de tierra, techos de paja, corrales de animales dentro del pueblo, cultivos en huertas, chacras para la autosubsistencia, gente que se saluda con un “buenos días” y una comunicación común con la lengua del quechua. Es ahí donde vi que la gente no tenía acceso a las pastillas y sus males los curaban solamente con sus repertorios tradicionales. Así también aprendí que la salud no solamente pasaba por un aspecto de bienestar físico y corporal.

Gran parte de mi niñez lo viví en Haquira y es ahí donde aprendí las cosas a la manera del resto de los pobladores haquireños. Cuando entendí sobre los conceptos sobre salud y enfermedad de la población haquireña empecé a cuestionarme sobre el esquema conceptual de la medicina formal al no poder entender nuestros males como el *wayrasqa* o *mancharisqa*. Este cuestionamiento no era solo mío ya que encontré a más gente que

compartía mis ideas y en cada caso de fallecidos en “la posta” buscábamos como causa la insuficiencia de comprensión por parte de “los doctores”. Conforme iba aprendiendo más temas sobre salud en el curso de Ciencia Tecnología y Ambiente me enteraba de la existencia de parásitos causantes de la enfermedad, pero siempre consideraba que ver seres pequeños en el organismo no era todo. En esta etapa aprendí a incluir como determinante de la salud a la escases del dinero como el factor para no poder curarse o morir por un mal.

Luego de considerar que existen diferentes formas de conceptualizar la enfermedad y que hay factores económicos en la salud de muchos de los vecinos, familiares y amigos de mi pueblo de Haquira, encontré que también había un componente que alejaba a las personas de los servicios de salud. La gente no quería ir al establecimiento de salud porque no se sentía en confianza con el personal y todo ese sistema de salud era de difícil acceso porque era gatillado por otras barreras. No les gustaba tratarse con pastillas, tampoco estaban a gusto con el trato del personal y menos estaban dispuestos para “perder tiempo” en las largas esperas para las consultas médicas. A estos aspectos no sabía cómo llamarlos, en un principio, solo los podía mencionar como “miedo de ir a la posta”; recién con la bibliografía reciente sé que ellos se denominan barreras culturales.

Mi primera visita al tema de la salud materna lo realiza durante esa etapa de cuestionamiento a las barreras culturales. Esto sucedió luego de ver desde muy cerca el caso de mi madre en su cuarto embarazo. Ella se había embarazado luego de diez años de pausa y para la edad y las condiciones de salud que poseía, el personal de salud le decía que su embarazo era de riesgo y si no quería morir se debía irse a Cusco a dar parto por cesárea. Para ese entonces el único sustento económico era el ganado vacuno u ovino y nosotros teníamos muy pocos lo que imposibilitaba la opción de evacuar a Cusco, aunque también se tenía la opción de asistir en el embarazo con mi abuela que era partera y tenía más de 30 partos atendidos en el pasado. El día del parto vino con semanas de adelanto al programado en el plan de parto y ese sábado que nos preparábamos para el Domingo de Ramos tuvimos que llamar a nuestras abuelas, encargar las vacas a unos tíos en una comunidad anexa, el negocio del domingo también fue suspendido y nosotros los niños fuimos con más ramas de eucalipto y retama al Domingo de Ramos para pedir rezando que no haya ninguna complicación. Luego de la procesión de la mañana aún no había buenas noticias y para la hora del almuerzo solo había malas noticias. La gente de nuestro entorno comentaba buscando causas de culpabilidad en mi padre por dejarla hacer

actividades de riesgo, también señalaban la culpa de mi madre por andar tejiendo ya que ello habría originado que él bebe posiblemente se haya enredado, otro grupo de personas señalaba el accidente en el caballo de hace meses y un grupo menor de personas ancianas señalaba la ineficacia del personal de salud. Mi abuela rondaba por la sala de parto con unas infusiones y medicamentos de su repertorio para sobarla y ponerla en posición para que él bebe “caiga solo”. Ya cuando el sol se ponía, no sabíamos la hora porque pocos tenían reloj de pulsera y la radio local no mencionaba la hora, el personal dijo que la evacuarían a Cusco y empezaron a alistar los tramites y la ambulancia. Fue ahí que la dejaron a mi madre junto a una técnica enfermera que dejo pasar a mi abuela a la sala de parto, la que ayudo con sus tratamientos a poner en camino al bebe. Fue a esas horas, cuando las luces de los postes públicos empiezan a encenderse, cuando se dio la noticia de que mi madre dio a luz a mi tercer hermano. A partir de esa experiencia cercana es donde tomé la decisión de tocar ese tema desde los aspectos sociales y culturales como una forma de reivindicación a la población. Quizá había olvidado esa decisión de volver a abordar el tema desde una mirada objetiva, pero cuando me propusieron trabajar el tema de la salud materna, atendiendo el problema de las muertes maternas, encontré una sensibilidad e identificación inmediata con el tema. Con mi participación en el CENSI hice trabajos sobre cuidados en el embarazo en comunidades de Cusco, Amazonas, Piura y San Martin, pero cuando vi que mi propio pueblo podría dar una lectura similar a esos contextos, quizá una aproximación a la generalización de las zonas andinas, decidí volver por mis primeros pasos para completar algo que considere que necesitaba un análisis concienzudo.

La salud materna se refiere a los cuidados en el embarazo, parto y puerperio; es un aspecto central en la vida de las mujeres ya que muchas veces es definida como uno de los acontecimientos más peligrosos si las condiciones sociales, sanitarias, apoyo en gestión, parto y puerperio no son las apropiadas. El escenario menos esperado es la presencia de las muertes maternas. Este aspecto depende mucho de una correlación de factores que interactúan en la vida de la mujer. En el Perú se han realizado varios estudios sobre la salud materna desde aspectos biomédicos, socioeconómicos y culturales. Sin embargo, la mayoría se han centrado desde el problema de las Muertes Maternas (MM), en el que ven causas patológicas de la Muerte Materna, barreras socioeconómicas y prácticas culturales. Estas últimas son representadas desde un esencialismo culturalista, con una imagen estática de la cultura, descontextualizada de

su entorno ecológico, dibujando un panorama folclorista de un vestigio de los sistemas indígenas ancestrales.

La salud materna es un aspecto de la vida social que esta incrustado dentro del sistema de salud local, que opera en relación a los componentes de dicho sistema y la sociedad en el que se desenvuelve; también está sujeto a los componentes del contexto: entorno ecológico, cambios socioeconómicos, estructura política, valores sociales y transformaciones socioculturales. En los estudios de nuestro medio existe un vacío en cuanto al conocimiento del contexto social, los cambios del sistema de salud y la manera en que estos afectan a las prácticas y concepciones sobre la salud materna en. El presente trabajo pretende cubrir estos vacíos desde un estudio etnográfico en el distrito de Haqira, una de las localidades de la zona de influencia del proyecto Las Bambas.

De esta situación observada surgen una serie de interrogantes centrados en el contexto social y su determinación de esta en la salud materna. Es por ello que la pregunta que orienta a esta investigación es ¿Cuál es la situación de la salud materna en Haqira? A esta interrogante le siguen otras como: ¿Cuál es el contexto del sistema de salud de Haqira?, ¿Cuáles son las prácticas y concepciones de la salud materna?, ¿Cuál es el contexto sociocultural de la salud materna en Haqira? A partir de estas interrogantes, el objetivo principal de este trabajo quiere conocer las prácticas y concepciones en beneficio de la salud materna en Haqira. Los objetivos específicos, que se desprenden del principal son: conocer el contexto del sistema de salud local; identificar las acciones desarrolladas por los actores e instituciones a favor de la salud materna; identificar las barreras geográficas, económicas, sociales y culturales del contexto local cambiante, que afectan la salud materna y por ultimo identificar las necesidades de atención específica para la población de acuerdo a componentes de género, generación, edad, etnia, estatus, residencia, profesión, etc.

Uno de los primeros aportes de este estudio es que presentara evidencia actual y real de un contexto en donde se presencia un dinamismo acelerado. Un segundo aporte es que mostrara la correlación de factores estructurales y de contexto social que determinan la salud materna. Otra contribución es que mostrara detalladamente aspectos culturales de prácticas y concepciones, que pueden presentar zonas de tensión o de dialogo en la interrelación con los servicios de salud biomédicos. También, contribuirá en mejorar la respuesta de salud pública frente a los problemas presentes en la salud materna en zonas

de vulnerabilidad estudiando un caso en donde hubo avances significativos reconociendo “sus recetas” y el contexto “favorable” en el que se desenvuelve y así poder replicarlas. A nivel académico el estudio permitirá que la Escuela Profesional de Antropología de la UNMSM se constituya en una de las pocas instituciones que tienen estudios de salud materna en zonas con población pobre e indígena desde un enfoque cualitativo y con una perspectiva intercultural.

El presente documento está dividido en seis partes principales. En la primera se explican el marco teórico, los conceptos y categorías que han orientado el diseño, trabajo de campo y el análisis. Se presenta una propuesta de marco teórico para abordar la salud materna dentro de un sistema de salud local, que es visto como un sistema ecléctico y pluralista. En este capítulo también se describe la metodología puesta en práctica, basada en técnicas cualitativas.

El segundo capítulo describe contexto local en donde se desarrolla un proceso de aplicación del enfoque intercultural en Haquira. A partir de información oficial, informantes clave y material bibliográfico se han identificado características generales en los ámbitos económico, político y social que nos ayudan a entender con mayor claridad las formas de entender la salud, enfermedad y las prácticas para la búsqueda de la atención. Esto tiene que ver con las condiciones sociales de la población y sus dificultades para acceder al derecho a la salud.

En el tercero y cuarto capítulos se revisa el sistema de salud local dentro de un contexto de cambio. Ahí se exploran los conceptos de salud y enfermedad de la población y se describe sobre sus agentes de salud, indicando sus características, su formación y sus insumos terapéuticos. En este capítulo se aborda sobre la pluralidad médica, en el que coexisten diversos sistemas de salud y las variaciones en el sistema de salud tradicional. Se exploran las ideas y prácticas sobre el cuidado materno en cuanto a los procesos de embarazo, parto y puerperio, el cual está sujeto a las concepciones del sistema de pluralidad de salud.

En el quinto capítulo se describe el proceso de la incorporación de la interculturalidad en salud. Para reconstruir este proceso destacamos la forma y el nivel de conocimiento que se tiene del contexto y los niveles de comprensión a lo que se llega para establecer el dialogo intercultural. En este capítulo se describe lo que se realizó en el pasado en

beneficio de la salud materna desde la interculturalidad, la practica asistencial que vienen realizando en la actualidad y lo que se tiene planeado trabajar.

Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones. En esta sección se aclara de manera resumida el sistema de salud local, el cuidado materno, el conocimiento que tienen sobre estas los prestadores de salud y los actores sociales y de acuerdo a ello las acciones realizadas en beneficio de la salud materna. En este punto se discute la misma noción de interculturalidad. La aplicación del enfoque intercultural como estrategia sanitaria viene a ser como un proceso local podría trascender la simple incorporación de un sistema medico local a el sistema de salud oficial para trasladarse a una política identitaria y reformulación del estado para hacer de la interculturalidad como un proyecto en el que se aborden espacios más allá de lo cultural y se realice trabajo multisectorial.

Capítulo 1

Marco conceptual y metodología

En este capítulo se describe los conceptos que han guiado el abordaje a este trabajo de investigación. Se realizó con la orientación de la Antropología Médica Crítica (AMC) que basa su análisis en que todo conocimiento relacionado al cuerpo, la salud y la enfermedad es culturalmente construido, negociado y renegociado en un proceso dinámico a través del tiempo y el espacio. Trata de evitar las categorías del pensamiento médico occidental. Los elementos fundamentales en la AMC son: 1) contiene una aproximación ecológica en cuanto ve el proceso salud/enfermedad como relaciones de adaptación social, medioambiental y cultural; 2) se funda en la teoría interpretativa considerando la enfermedad como modelo explicativo siendo una construcción social que se establece a partir de la negociación de significados por todos compartidos y 3) analiza los servicios de salud biológica en función de las relaciones de poder. La Antropología Médica Crítica:

“cuestiona política y epistemológicamente la forma de hacer medicina desde el modelo médico occidental, el cual es homogeneizante, hegemoniza los conocimientos biomédicos y establece relaciones de dominación hacia otros sistemas médicos y sus pacientes; propone una democratización de la salud bajo un pluralismo médico que supere las relaciones asimétricas entre los sistemas médicos indígenas y la biomedicina, y establece la necesidad de un diálogo horizontal entre medicinas, es decir, una interculturalidad en salud” (Chamorro & Tocornal, 2005, pág. 118).

Para llegar al tema de la salud materna desde la antropología hay que pasar por el tema de la salud desde las múltiples miradas, principalmente por los derechos y la epidemiología, para así establecer una ligazón con las ciencias sociales. Al tratarse de la salud en pueblos con especificidades culturales, la antropología es la primera disciplina que tiene acercamiento por tocar los temas de cultura y sistemas de salud locales. En el contexto peruano existe una pluralidad de sistemas médicos, los cuales están en una situación de acelerados cambios, sobre todo en la zona rural. Todo ello será abordado en el capítulo de marco conceptual y principalmente se hace énfasis que hace décadas ya se hizo un llamado a tratar estos temas desde diferentes marcos normativos. En el Perú

se han diseñado varias estrategias de salud para los pueblos que son diferentes culturalmente y esta será analizada en el presente trabajo.

1. Antecedentes en la salud materna en el contexto peruano

1.1. Situación de la mortalidad materna a nivel mundial

Los datos de la OMS “calculan que cada año se producen en el mundo cerca de 600.000 MM, lo que se traduce en 800 fallecimientos diarios. De estas la mayoría son por causas prevenibles y el 99 % corresponden a países en [vías de] desarrollo, siendo su incidencia mayor en localidades rurales y pobres” (García, 2012, pág. 1348). Y son las mujeres jóvenes adolescentes las que corren mayor riesgo. A esto podríamos llamarlo el escándalo de nuestro tiempo. Las causas frecuentes en muertes maternas de adolescentes son: haber tenido relaciones sexuales antes de los 16 años, infecciones de transmisión sexual, abortos inducidos en condiciones de riesgo, complicaciones de aborto, suicidio por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva, no prevención del riesgo, y la no identificación o interpretación errónea de los signos y síntomas que ponen en sobre aviso de una complicación relacionada con el embarazo, el parto o el puerperio.

La maternidad es definida como uno de los acontecimientos más peligrosos si las condiciones sociales, sanitarias, apoyo en gestión, parto y puerperio no son las apropiadas. “La muerte materna (MM) es el resultado de la correlación de una serie de factores que interactúan a través de toda la vida de la mujer constituyendo uno de los indicadores más sensibles de calidad en los servicios de salud pública, en el que inciden múltiples factores, agravados en algunos contextos por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer, y dentro del componente asistencial el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud” (García, 2012, pág. 1647).

En el año 2000 en la Cumbre del Milenio con presencia de 189 Jefes de Estado y de Gobierno, se establecieron ocho compromisos denominados Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) para impulsar el desarrollo y luchar contra la pobreza extrema hasta el 2015. En esta reunión se estableció entre otros aspectos, el compromiso de reducir la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en tres cuartas partes (75%), respecto a 1990. Para el 2012 esa cifra está muy lejos de alcanzar puesto que la mortalidad materna solo disminuyó en un 40%, o sea un 3,1% al año, cifra que se aleja del 5,5% anual necesario para alcanzar los ODM.

De acuerdo a la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, la Razón de Muerte Materna (RMM), diez años después de los Acuerdos del milenio, se ha reducido en solo 47% a nivel mundial, es decir, pasó de 400 por cien mil nacidos vivos, a 210 por cien mil nacidos vivos para el año 2010. Para Latino América y el Caribe la reducción observada entre 1990 y el 2010 a nivel global fue de 43% (de 130 a 72 muertes maternas por cien mil nacidos vivos) y en el caso del Perú se redujo en 65% entre 1990 al 2011 transitando de una RMM de 265 a 93 defunciones por cien mil nacidos vivos y según la estimación realizada por la ENDES 2010.

Adicionalmente al incumplimiento de la meta establecida en los ODM, se constata, la existencia de brechas, esto es, mayor mortalidad materna en regiones de bajo desarrollo, comparativamente a las más desarrolladas. Así, se señala que la RMM en las regiones en desarrollo ha sido 15 veces más alta que las observadas en regiones desarrolladas (240 x 100 000 Vs. 16 x 100 000 Nacidos Vivos). Las cifras en América Latina y el Caribe, también evidencian lo señalado. Haití y Bolivia presentan las RMM más altas (350 y 190 por cien mil nv), mientras que, en Centro América, (Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), se muestran tasas intermedias, entre 120 y 92 x 100 000 nacidos vivos. En Sud América: Paraguay, Venezuela, Colombia y Argentina, presentan RMM medias altas, (entre 99 y 73 x 100 000 NV), Perú y México tienen RMM intermedias (67 a 50 x 100 000 NV), mientras que Costa Rica, Uruguay, Chile y Cuba, tienen las RMM más bajas de la región (40 a 25 x 100 000 nv).

1.2. Situación y características de la mortalidad materna en el Perú

Para el periodo 2002-2011, ocurrieron 6691 muertes maternas en Perú, con un promedio de 669 muertes anuales¹ no obstante, el número de muertes maternas se ha venido reduciendo y para el año 2011 se estimó que ocurrieron 550 muertes maternas con una variabilidad entre 527 y 573, siendo el sub registro de 5.5%².

Para el año 2011, la Razón de Muerte Materna (RMM), en el Perú³ se estimó en 92.7 muertes por cien mil nacidos vivos con un intervalo de confianza del 95% lo que osciló entre 85,0 y 100.5 muertes maternas por cien mil nacidos vivos. En el mismo estudio se

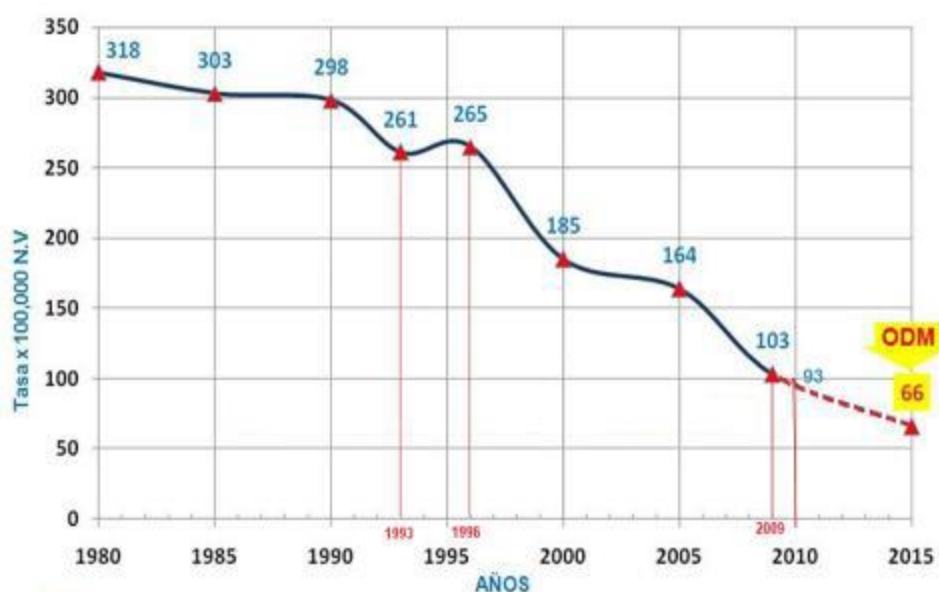
¹ La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011; Dirección General de Epidemiología; Ministerio de Salud; mayo 2013

² Ibídem.

³ La Razón de Muerte Materna (RMM), es un indicador que mide el riesgo de morir de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio.

señaló que en los diez años de observación la RMM se ha reducido en 25.6 por cien mil nacidos vivos. De otro lado, la tasa de muerte materna (TMM) - otro indicador que mide el riesgo de morir de una mujer en edad fértil si llegará a embarazarse- fue estimada para el año 2011 en 6.9 por cada cien mil mujeres en edad fértil. En la década del estudio mencionado la TMM también se redujo en 3.4 por cien mil mujeres en edad fértil. En general considerando 1980 como año de base, la mortalidad materna se ha venido reduciendo, aunque lentamente, faltando aún, para alcanzar las metas de los Acuerdos del Milenio (Gráfico N°1).

Gráfico 1. Tendencia de la disminución de la muerte materna



Fuente: UNFPA 1997, INEI, ENDES 1996, ENDES 2000, ENDES 2009.

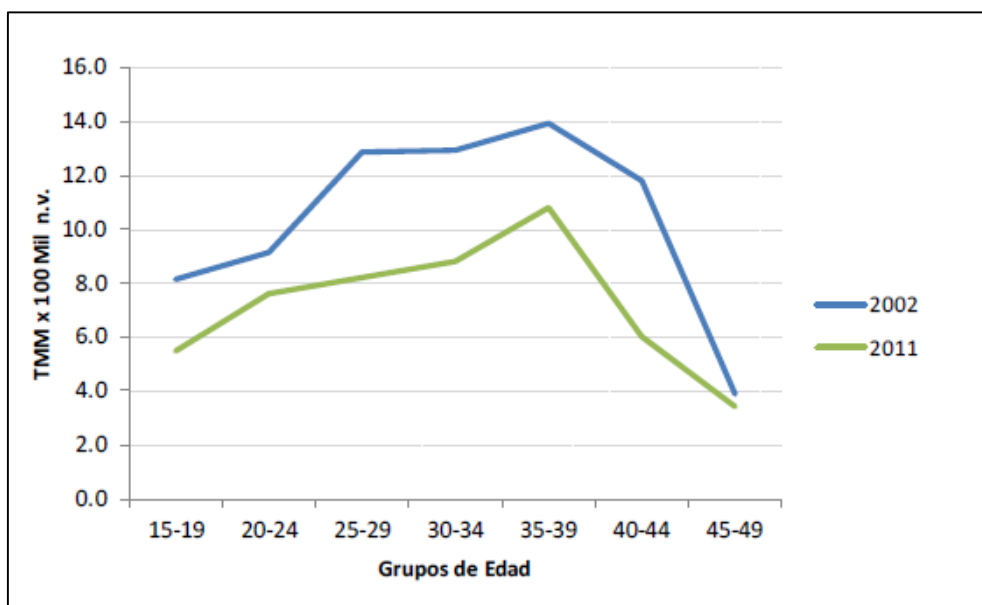
Conforme a otras regiones a nivel mundial, en el Perú, los promedios globales, de muerte materna ocultan las diferencias entre áreas al interior del país. Así, en el estudio, en el que se evalúa la tendencia de mortalidad materna para el periodo 2002-2011, se evidenció que las muertes maternas son mayores en la selva, salvo para el segundo quinquenio en este periodo⁴, donde la tendencia fue mayor en la sierra. Adicionalmente las cifras fueron mayores en áreas rurales, en el quintil 2 de pobreza y en el grupo de edad de 15 a 19 años. Así mismo, otras características en este quinquenio se mantuvieron como en el primer quinquenio, como que la mortalidad fue mayor en la zona rural (177.4) en el quintil 2 de pobreza (237.3), en los distritos de procedencia bajo condición de pobreza (222.0), y en la edad de mayor riesgo de muerte, en el grupo 15 – 19 años

⁴ Se analizaron comparativamente los dos periodos (quinquenios) de mortalidad, 2002-2006 y 2007-2011 en relación al periodo general 2002-2011.

(259.4). Los 10 departamentos que incrementaron su RMM en el último quinquenio fueron: Madre de Dios, Callao, Arequipa, La Libertad, Pasco, Lima, Lambayeque, Tumbes, Ucayali y Cajamarca. Los que mantienen la RMM mas alta a nivel nacional fueron: Loreto, Amazonas, Cajamarca, Pasco y Puno⁵. En los diez años de observación del presente estudio, la RMM se redujo en 25.6 por cien mil nacidos vivos⁶.

Respecto a la TMM, durante el periodo 2002 – 2011 fue mayor en la sierra (15.5 muertes maternas por cien mil mujeres en edad fértil), en la zona rural (17.4), en el quintil 2 de pobreza (23.6), pobres (22.1), en el grupo etario de 35-39 años (13.4). Así mismo, los departamentos que presentaron la mayor TMM fueron: Amazonas, Pasco, Loreto, Puno y Cajamarca⁷.

Gráfico 2. Curvas comparativas de la distribución de la tasa de muerte materna por grupos de edad. Perú 2002 y 2011



Fuente: Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011. Dirección General de Epidemiología-MINSA; UNFPA-PERU 2013.

En una publicación más reciente del Ministerio de Salud, (Tabla N°1), se presenta la distribución del número de muertes maternas según Regiones del Perú, hasta la semana epidemiológica N° 32 del 2016, en el que se registran un total de 1,858 muertes maternas, lo que representó un promedio de alrededor de 400 muertes anuales. Es de

⁵ Dirección General de Epidemiología; Ministerio de Salud; Loc Cit

⁶ En la ENDES de 1996 se estimó, en forma directa, una Razón de Muerte Materna (RMM) de 265 defunciones por cien mil nacidos vivos para el periodo 1990-1996

⁷ Ibídem

anotar que estas cifras procedentes del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica⁸, tienen la limitación de poseer sub-registro, siendo el mismo del 21.6%⁹.

Tabla 1: Número de muertes maternas por regiones en el Perú 2000 – 2016

DEPARTAMENTO	AÑO																
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 ^a
AMAZONAS	18	18	15	18	12	17	19	12	13	20	14	12	14	13	13	13	14
ANCASH	31	30	28	14	23	28	24	19	16	21	19	15	22	16	15	15	8
APURIMAC	12	7	13	9	16	14	9	8	7	6	4	6	13	2	3	4	3
AREQUIPA	5	6	5	17	13	8	17	17	17	13	9	10	16	9	10	11	10
AYACUCHO	20	23	21	19	20	21	24	12	14	8	13	14	14	8	10	5	6
CAJAMARCA	67	48	55	65	59	59	50	55	43	55	47	35	43	31	36	38	10
CALLAO	5	4	7	8	4	3	12	7	13	8	5	6	8	13	19	10	4
CUSCO	58	41	54	43	53	45	19	25	21	17	21	26	21	20	30	19	9
HUANCVELICA	16	29	16	33	39	18	12	14	19	13	23	9	8	6	8	6	2
HUANUCO	44	39	36	30	32	35	25	23	18	18	20	19	10	11	9	18	7
ICA	7	1	1	7	7	10	3	8	0	1	6	7	7	6	3	5	1
JUNIN	37	23	26	25	35	35	29	34	28	22	23	17	11	17	26	27	8
LA LIBERTAD	44	29	33	42	46	37	32	38	50	33	38	44	32	30	31	29	16
LAMBAYEQUE	23	23	11	13	21	27	16	27	16	20	14	15	15	14	13	16	11
LIMA	22	38	46	44	60	60	46	54	63	61	51	58	70	47	42	58	26
LORETO	36	29	30	25	30	31	32	36	39	29	32	36	30	32	32	28	16
MADRE DE DIOS	2	3	2	0	5	4	0	2	2	4	2	4	1	7	3	2	2
MOQUEGUA	2	0	0	1	3	0	2	4	2	1	2	0	2	3	0	1	1
PASCO	8	6	7	10	9	7	9	8	8	7	11	4	7	5	11	4	4
PIURA	41	49	42	37	51	47	29	33	41	39	28	33	35	27	29	41	24
PUNO	74	48	54	66	55	53	56	38	43	37	40	42	30	26	26	28	10
SAN MARTIN	25	13	16	18	11	20	23	22	28	32	17	13	14	16	16	14	6
TACNA	1	1	1	2	6	4	4	3	1	2	1	3	4	5	1	2	5
TUMBES	0	2	2	2	0	3	2	3	3	2	4	2	3	5	2	4	0
UCAYALI	9	13	8	10	16	10	14	11	19	12	13	15	10	14	23	17	6
PERU	605	523	529	558	626	596	508	513	524	481	457	445	440	383	411	415	209

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades –MINSa (*) Hasta la SE 32 del 2016

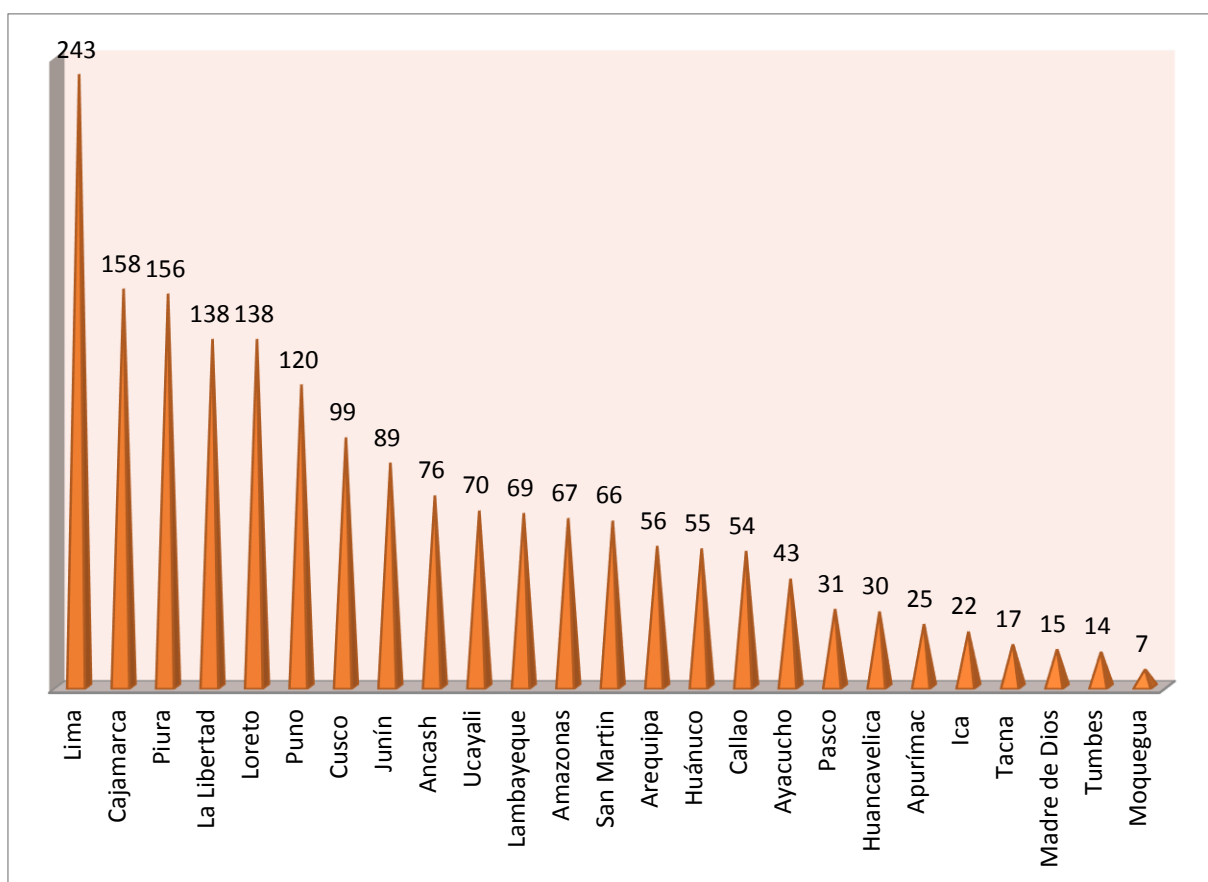
Entre 2012 hasta lo que va del año 2016, las seis regiones con mayor número de muertes maternas y que representaron algo más de la mitad sobre el total de MM, son en orden decreciente: Lima, Cajamarca, Piura, La Libertad, Loreto y Puno, los que en conjunto representaron 52.13% del total (Gráfico N° 3). Las regiones con menor número de

⁸ A través de la notificación inmediata (investigación y búsqueda de registros) realizada obligatoriamente por todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional y privados. Esta notificación inmediata de muertes maternas está a cargo de las Oficinas de Epidemiología de las Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de Salud.

⁹ Dirección General de Epidemiología; Ministerio de Salud; Óp. Cit.

muertes maternas han sido: Ica, Tacna, Madre de Dios, Tumbes y Moquegua. Es de anotar que Madre de Dios fue señalada en el informe de análisis del periodo 2002-2011, como una de las regiones que habían incrementado su RMM¹⁰, de otro lado, La Libertad, Loreto y Puno, que aparecieron entre las regiones con la más alta RMM en el país, para el periodo 2012-2016, continúan teniendo las cifras más altas (Gráfico N°3). San Martín ocupa un lugar intermedio dentro de la distribución de muertes maternas a nivel nacional.

Gráfico 3: Número de muertes maternas por regiones en el Perú 2012-2016



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades – MINSA 2016

1.3. Causas de muerte materna

En el Perú, para el periodo 2002-2011, la principal causa de muerte materna ha sido la hemorragia obstétrica, seguida de los trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio conforme aparece en la siguiente información expresada en RMM y TMM (tabla N° 2).

¹⁰ Dirección General de Epidemiología; Ministerio de Salud; Loc. Cit.

Tabla 2: Principales causas de muerte materna

Categorías de causa de muerte	Periodo de análisis					
	2002-2011		2002-2006		2007-2011	
	% RMM		% RMM		% RMM	
Hemorragia obstétrica	48.8	46.1	35.2	57.0	42.6	34.9
Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	23.3	24.6	22.0	27.2	22.7	21.9
complicaciones no obstétricas	10.0	15.1	18.7	11.7	14.0	18.6
Embarazo que termina en aborto	10.9	10.7	8.6	12.7	9.8	8.5
Afecciones contribuyentes	2.9	4.2	5.2	3.4	3.9	5.1
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el puerperio	2.0	2.6	2.9	2.3	2.4	2.9
Complicaciones de manejo no previstas	1.5	1.7	1.6	1.8	1.5	1.6
Desconocido / indeterminado	0.0	1.3	2.7	0.1	1.2	2.6
Infección relacionado con el embarazo	0.6	1.1	1.6	0.7	1.1	1.6
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo	0.1	0.8	1.6	0.1	0.8	1.6

Fuente: Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011. Dirección General de Epidemiología – MINSA, UNFPA-PERU 2013.

Como se observa, las complicaciones obstétricas son las principales causas de la muerte materna. La falta de atención de la salud disponible, accesible, aceptable y de calidad, incluyendo los COEm¹¹, es una de las principales formas en que las mujeres peruanas – y especialmente las mujeres rurales e indígenas- experimentan la exclusión. La ausencia de COEm pertinentes conduce a demoras en las decisiones de buscar atención, demoras en llegar al lugar donde se imparte la atención y demoras en recibir el tratamiento apropiado una vez que se está en el establecimiento de salud, que a su vez tienen como consecuencia que mueran muchas mujeres (Physicians for Human Rights, 2007).

1.4. Inequidades en salud

La pobreza y la marginalidad de los pueblos indígenas y afrolatinos tienen su origen en factores socioculturales y económicos de larga data histórica donde la discriminación étnico-racial juega un papel central como fuente de exclusión, pobreza y marginalidad

¹¹ Son las funciones de los cuidados obstétricos de emergencia definidos por la OMS, UNICEF y el Fondo de las Naciones Unidas. Se refieren a la capacidad de los establecimientos de salud de administrar antibióticos parentales, medicamentos oxitócicos y anticonvulsivos, y realizar la remoción manual de la placenta, la remoción de los productos retenidos, el parto vaginal asistido, realizar cesáreas y transfusiones de sangre.

para dichas poblaciones (Bello & Rangel, 2000). Los indígenas y los afrodescendientes representan un buen porcentaje en América Latina; sin embargo, durante siglos de exclusión y negación siguen siendo tratados como minorías. La mayoría vive en situación de pobreza y se les negó el derecho a una educación que considere su cultura, lengua y religión. Muchos han perdido sus recursos de subsistencia (tierra, territorio y recursos naturales) y hace décadas se forzaron a emigrar para hallar condiciones de vida precarias.

La pobreza, la marginalidad y la exclusión se han convertido en una característica estructural para las poblaciones indígenas y afrodescendientes. Hay mucha diferencia porcentual con respecto al resto de la población; los casos más extremos van de 20 a 30 puntos porcentuales. La evolución económica revela graves insuficiencias; el crecimiento siempre fue inequitativo. La discriminación étnico-racial actual, heredera de la colonia, es la expresión de formas renovadas de exclusión y dominación formando verdaderos “colonialismos internos”. La integración nacional fue solo un mito: solo se vio a nivel simbólico mientras que en la práctica fue negado.

Con la migración “el espacio urbano se ha transformado en el nuevo escenario para el despliegue de la diversidad cultural latinoamericana” (Bello & Rangel, 2000, pág. 2). El problema de la migración y el empobrecimiento de las tierras no solo tiene que ver con factores productivos sino con una visión holística que conjuga aspectos sociales, culturales, religiosos y económicos.

La educación formal es otra forma de inequidad. Los problemas son de acceso, cobertura y principalmente por el trasfondo de esta por pretender homogenizar, asimilar e integrar a los distintos grupos étnico-raciales a la “identidad nacional”. En contraste con esto surgieron estrategias basados en principios de interculturalidad y bilingüismo. El avance aun es lento, pero si hay resultados positivos es por el impulso de organismos internacionales. Es en la educación donde se puede tener mayor incisión; una estrategia puede ser por medio de las políticas públicas.

Esa situación de marginalidad de los pueblos en situación vulnerable se denomina inequidades en salud. Esto significa que los determinantes sociales de la salud generan exclusión social de ciertos grupos, limita oportunidades y capacidades a través de sus vidas, con implicaciones para un acceso equitativo a la salud. Estas inequidades se expresan en las tasas altas de pobreza, insalubridad, desnutrición, enfermedades

metaxénicas, muertes maternas y neonatales, etc. “Los patrones de mortalidad materna en el Perú ilustran de una manera dramática las inequidades sistemáticas que devastan la sociedad peruana en general, y a su vez reflejan las violaciones sistemáticas de los derechos humanos” (Physicians for Human Rights, 2007, pág. 5) La alta tasa de MM es un indicador producido por la exclusión social, las deficiencias estructurales y las desigualdades que existen en el sistema de salud. “La mortalidad materna, por ello, nos muestra un tipo de radiografía de la sociedad peruana, iluminando las interacciones de la pobreza rural y la inequidad de género, que afectan de una manera desproporcionada a las mujeres indígenas y aquellas que son analfabetas y, por lo tanto, marginadas, así como la manera en que el sistema de salud exacerba dichos patrones de exclusión” (Loc Cit.).

1.5. Acciones en favor de la salud materna

Luego de varias décadas de investigación por primera vez los investigadores informan un avance significativo en la disminución de las muertes maternas. Estos datos fueron publicados en *The Lancet*. Por primera vez se muestra un avance continuo en los esfuerzos a nivel mundial. De 526.300 en 1980 a 342.900 en 2008, es decir, más del 35% en los últimos 28 años. El estudio atribuye la disminución a varios factores: bajas tasas de embarazos, aumento del ingreso, mejora de nutrición, mejora el acceso a la salud, mayor educación para las mujeres, y la creciente disponibilidad de parteras mejor preparadas (Grady, 2010).

El Estado ha considerado enfrentar la muerte materna a través de múltiples estrategias. El gobierno peruano ha asumido obligaciones bajo su legislación y la legislación internacional. Las obligaciones de abordar la mortalidad materna se desprenden de los derechos enumerados en los tratados internacionales en los que el Perú está suscrito. Estas obligaciones reflejan la garantía de ofrecer servicios apropiados para la realización de los derechos en salud de las mujeres. Según el Ministerio de Salud consideran que una de las estrategias más importantes que ha brindado excelentes resultados ha sido la de incluir las Casas Maternas como un medio para acercar a las mujeres de zonas rurales a los servicios de salud (Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, 2011, pág. 3). A esto le suman el nuevo Programa de Salud Materna Neonatal, la adecuación del parto humanizado y la incorporación de la interculturalidad en los servicios del Estado.

2. La salud materna y su estudio

2.1. Salud materna y derechos

En el año 1948, se reconocieron los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), en las Naciones Unidas, elevándose la protección de la salud a un estatus de derecho fundamental, el que debe ser garantizado por el Estado, para toda la ciudadanía en condiciones de igualdad. La mortalidad materna es entonces una condición que viola el derecho a la salud, como derecho fundamental.

Bajo este reconocimiento, se formaliza la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), con carácter vinculante estableciéndose que los Estados deben garantizar a las mujeres, “servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto”. Adicionalmente, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), ratificó en su artículo 24° que los Estados deben “...asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada para las madres” y “...desarrollar atención sanitaria preventiva, incluyendo “orientación a los padres, educación y servicios de planificación familiar”.

Rebecca Cook, establece una clasificación de derechos humanos afectados por la mortalidad materna en las siguientes dimensiones: derecho a la vida, a la libertad y seguridad personal; derecho a fundar una familia y a tener una vida en familia; derecho al cuidado de la salud y a beneficiarse del progreso científico; y los derechos relacionados con la igualdad y con la no discriminación. Esta misma fuente de información señala adicionalmente que:

“La muerte materna se considera además un indicador del acceso y la calidad de los servicios de salud en general. Su estrecha relación con las condiciones socioeconómicas de la población, permite evaluar los progresos alcanzados en la lucha contra la desigualdad y la pobreza” (Cook, 2003, pág. 3).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) señala que la salud sexual y reproductiva es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva y que uno de los puntos principales es la prevención de la mortalidad materna a través del apoyo para programas y modelos de prevención de morbilidad y mortalidad materna.

Al respecto la Organización Panamericana de la Salud OPS, señala que “...*el 95% de la muerte materna es prevenible con el conocimiento existente, si la mujer recibe oportunamente atención digna y de calidad, pues esta problemática es expresión de la inequidad, desigualdad y de la falta de empoderamiento de las mujeres*”¹². Como se ha señalado en líneas previas, los servicios de salud, aunque presentes en las distintas regiones del país, no están respondiendo adecuadamente para el cumplimiento de sus funciones, en áreas de infraestructura, equipamiento e insumos, pero principalmente por falta de recursos humanos en cantidad y con competencias y calificaciones profesionales suficientes.

2.2. Factores multidimensionales

Las causas de una muerte materna se pueden clasificar de diversos modos. Uno de ellos es el clasificarlos como directas e indirectas. Las directas consideran a las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio, intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos. Los indirectos se refieren se refieren a enfermedades antes del embarazo o que estas evolucionaron durante.

Directas	Indirectas
Infecciones bacterianas Toxemia del embarazo Hemorragias obstétricas Embarazo ectópico Sepsis durante el puerperio Embolismo del líquido amniótico Complicaciones de un aborto	Malaria Anemia Infecciones VIH o SIDA Suicidio Enfermedades cardiovasculares

Factores influyentes para producir las muertes maternas son:

- Baja cobertura de la atención prenatal
- Falta de accesibilidad
- Calidad de los servicios
- Baja calidad de atención
- Falta de capacidad resolutoria de las emergencias obstétricas

¹² Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, *Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos*, Washington, DC, 2013, citado en: Mortalidad Materna en México, marco conceptual; derecho comparado; políticas públicas, tratados internacionales, estadísticas y opiniones especializadas. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis Subdirección de Análisis de Política Interior; Poder Legislativo Federal; Cámara de Diputados; México setiembre 2015

Las razones para que las mujeres de lugares pobres y remotos no acudan a los establecimientos de salud para su control materno infantil son (Rodriguez & Rodriguez, 2012, pág. 134):

- Costo
- Temor
- Maltrato recibido
- Tiempo de espera
- Desconocimiento
- Vergüenza
- Distancia

De acuerdo al modelo de epidemiología europea los determinantes sociales pueden ser clasificados como estructurales e intermediarios. Los estructurales son los que “producen inequidades en salud” (Rodriguez & Rodriguez, 2012).

Estructurales	Intermediarios
Posición socioeconómica Estructura social Clase social Condición étnica Nivel educativo Relaciones de género Relaciones de etnia Contexto sociopolítico La cultura Los valores sociales	Circunstancias materiales Comportamientos Factores biológicos Factores psicosociales Sistema de salud

La enfermedad y su tratamiento son hechos estructurales, no solo expresan fenómenos epidemiológicos sino también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales. Los procesos y las relaciones laborales son parte central de las condiciones sociales que afectan los procesos de salud enfermedad. Estas características sociales son opacadas, incluso negadas por las instituciones médicas, tratando de imponer la existencia de una mirada médica, autónoma, profesional y científica. Pero es imposible invisibilizar las condiciones sociales cuando se trabaja directamente con los sujetos sociales. “En toda sociedad, la enfermedad y la atención de la misma constituyen hechos estructurales, por lo cual la atención de la enfermedad expresa las características de la sociedad en la cual se desarrolla y opera” (Menendez, 2005, pág. 11).

3. Composición sociocultural

3.1. Sociedad y cultura

Significa que se hace énfasis en prestar atención a los factores sociales y culturales. Dentro de los factores sociales se agrupan las inequidades sociales, desigualdades económicas, conflictos políticos. Pero la sociedad en sí mismo constituye un aspecto complejo. La organización social en su acepción general es el orden o la disposición de las personas dentro del grupo social. Quiere decir que una sociedad es un sistema compuesto por partes que guardan interrelaciones que son producidas históricamente y se reproducen transmitiéndose por generaciones con algún grado de variación. El término organización social, específicamente, se refiere a la disposición de las partes que constituyen la sociedad, la organización de las posiciones sociales y la distribución de las personas dentro de esas posiciones. Esto incluye el nivel de organización política legal de la población, al estatus que se establece, los roles que se asignan, los grupos que lo conforman, las instituciones que mantienen el orden de la vida social, los procesos de socialización, las formas de relación social; en fin, a las formas en que se realizan las actividades cotidianas. La organización social, asimismo, forma un patrón al cual llamamos estructura social. Esta permite y restringe al mismo tiempo los distintos tipos y disposiciones de los elementos que componen la organización social: estatus, roles, grupos, instituciones, socialización y relaciones (Giddens, 2000).

En términos laxos, la sociedad como *sistema social* hace referencia a todo grupo organizado, pero no hace reconocimiento de su especificidad. Es por ello que es necesario complementarlo con la categoría de cultura. El término cultura es un concepto problemático en la antropología. A mediados del siglo pasado, Kroeber sumó 160 definiciones, lo cual indica que para la actualidad ese número ha aumentado. Tratándolo de acuerdo a escuelas y orientaciones teóricas podríamos agrupar los conceptos en un menor número. Las definiciones de cultura están influidas por diversas corrientes teóricas; una corriente que ha gravitado entre los muchos antropólogos es el interpretativismo¹³ que hacía hincapié en la *descripción densa* para conocer la cultura, que es una red de significados (Geertz, 1992). Los giros recientes, en especial del estructural constructivismo, sugieren tomar como punto de partida a los individuos como actores decisivos, pero constreñidos a la estructura social (Beytia, 2012).

¹³ También llamado hermenéutica.

En estos últimos años se ha llegado al acierto de ciertas regularidades en cuanto a las corrientes antropológicas. Aunque la cultura puede ser entendida de diversas maneras, estas se concentran en dos grandes definiciones: por un lado, hace referencia al modo de vida de una comunidad, sustentado en las creencias, cosmovisiones, costumbres, símbolos y prácticas que se han sedimentado y estructuran la vida de esa comunidad; por otro lado, cultura también se refiere a un conjunto de objetos, a obras de arte o expresiones artísticas en general, que han adquirido valor simbólico y material. En la primera definición, la cultura es un indicador de una forma de vida, vale decir, se refiere a las prácticas cotidianas que se han afianzado en las personas. En la segunda, son culturales aquellos objetos que son fruto de la creatividad humana y que han conferido sentido con imágenes, sonidos y significados en la vida personal y colectiva. Para fines más operativos y teniendo en consideración a lo que se entiende en estos últimos por las corrientes hermenéutica y estructural-constructivista, se emplea la propuesta de Xavier Etxeberria, quien considera que la cultura es la articulación de cinco campos (Etxeberria, 2001):

- El nivel de los instrumentos, entendiendo por tales el conjunto de medios y mediaciones para la producción de bienes. En principio son acumulables y transferibles entre culturas con cierta facilidad. Aunque el crecimiento de ese nivel en la cultura occidental ha sido tan fuerte –tecnociencia– que tiende a convertirse en ideología que domina los otros niveles;
- El nivel de las instituciones, o formas de existencia social normativas, ligadas a las dinámicas de poder y más difícilmente transferibles entre culturas sin afectarlas seriamente;
- El nivel ético simbólico, el que marca la sustancia de las culturas y que tiene varias capas, de la más superficial a la más profunda: costumbres, tradición, referentes éticos fundamentales y “visión del mundo”, con mucha frecuencia claramente religiosa. Es el nivel original y difícil de traducir de una cultura a otra. Es el que nos ofrece el sentido de la realidad y el sentido (deber/felicidad) de la acción humana.

A estos niveles habrá que añadir explícitamente dos elementos que en cierta medida les recubren, aunque se encuentran también implicados en ellos, muy significativos para los grupos: la lengua y la historia.

3.2. La especificidad étnica y cultural

La bibliografía antropológica presenta problemas al distinguir cultura y etnicidad. Ambas categorías que encierran a fenómenos que delimitan la identidad. Pero, ni los fenómenos de delimitación étnica, ni las diferencias culturales a las que recurre dicha delimitación son explicables como esencias inmutables. Asimismo, la posible invención de tradiciones y selección de rasgos diacríticos está sujeto a múltiples relaciones de poder que vinculan al grupo étnico con estratos socioeconómicos y con el Estado-Nación (Dietz, 1999). La reproducción y transmisión de la cultura no se reinventa constantemente ni cambian de identidad grupal porque tiene una trayectoria histórica que enmarca las transformaciones (Gimenez, 1994). La reproducción cultural se da a través de la praxis cotidiana de forma intra e intergeneracional. En ese sentido, la cultura puede ser señalada como la “praxis cultural” que genera un canon de prácticas y representación culturalmente específicas, un *hábitus* específico (Bourdieu, 1991). Podríamos definir a la etnicidad como:

“Forma de organización de grupos sociales cuyos mecanismos de delimitación frente a otros grupos con los que mantiene algún tipo de interacción, son definidos por sus miembros con base en rasgos considerados distintivos de las culturas que interactúan y que se suelen presentar con un lenguaje biologizante, por ejemplo, recurriendo a la terminología de parentesco y ascendencia” (Dietz, 1999, pág. 82).

Las culturas de los grupos son dinámicas tanto por ser transferidos a las nuevas generaciones u otros grupos, como también por su aspecto cambiante en su devenir histórico. Esto quiere decir, que una cultura no puede mantenerse inmutable en el tiempo. Para el caso del continente americano, esto se dio desde tiempos prehispánicos y se aceleró con la llegada de los europeos. Este proceso no ha cesado y con los últimos procesos de incorporación de las tecnologías de comunicación este fenómeno se da en mayores escalas. Néstor García Canclini denomina a esto hibridación cultural (García-Canclini, 1989). Para el caso de la salud, los pueblos que mantienen un sistema propio de prevención, promoción, cuidado y terapia, los sistemas de salud también están sujetos al cambio. Los cambios se suscitan en la incorporación de nuevos elementos en los insumos para la curación, en la intromisión de nuevos sistemas explicativos de la enfermedad, entre otras muchas producidas por la modernidad. En Latinoamérica cohabitan una diversidad de sistemas de salud visto como hibridación. En un solo pueblo pueden coexistir sistemas de medicina tradicional local, sistemas populares y sistemas

biomédicos, es de esa manera que en la actualidad hay varias formas de concebir la salud/enfermedad. Y es complicado entablar lazos entre estos sistemas (Lasso, 2012).

4. La salud desde la antropología

En el Perú, los primeros estudios pioneros partieron desde los profesionales en la medicina como Valdizán y Maldonado (1922), Sal y Rosas (1957) y Segúin (1979) que se aproximaron al conocimiento y explicación de los tratamientos de los campesinos rurales e “indígenas” bajo el calificativo de “medicina popular”, como un legado transmitido desde las culturas ancestrales o de los incas. Bajo esta misma perspectiva Fernando Cabieses (1982), bajo la conceptualización *de medicina primitiva contemporánea*, estudio el aporte de la cultura de los incas en el campo de la salud-enfermedad en las poblaciones campesinas. En sus vastos estudios da cuenta de un enfoque mágico-religioso en el sistema de concepciones sobre la salud y enfermedad, el cual no es comprendido por la profesión médica y ello tiene orígenes desde la llegada de los españoles. Así mismo, presenta información interesante sobre prácticas tradicionales, establece tipologías de especialistas y sus repertorios terapéuticos.

Los estudios de inventario de prácticas médicas, que se orientaban a la descripción, pasan a una etapa de estudios explicativos sobre la eficacia de las prácticas médicas (Eyzaguirre, 2016). Uno de los primeros estudios que se propusieron a validar la eficacia de la medicina tradicional es la de Cavero (1965) con la publicación de *Supersticiones y medicinas quechuas*. En este estudio describe varios síndromes culturales andinos, su etiología, los procedimientos para curarlos y los recursos empleados para demostrar que sus concepciones sobre la enfermedad se basan en la superstición y las prácticas curativas tienen sustento empírico. Carmona señala que desde la publicación de Valdivia (1986) del libro *Hampicamayoc. Medicina folclórica y sus sustrato aborígen en el Perú*, las prácticas médicas en las zonas rurales, que se consideraban un legado de los incas, con la conquista y la intromisión elementos culturales foráneos, la medicina tradicional se populariza y se vuelve en medicina folklórica (Carmona, 2009). Valdivia considera que la medicina tradicional andina es un conjunto de creencias basadas en el empirismo y la magia. “Al tipificarla como medicina folklórica, la desvalora y reduce al ángulo psicológico” (Pariona W. , 2014). Sin embargo, con el estudio realizado por Sharon (1980) sobre el curanderismo se reveló la vigencia de la medicina tradicional, puesta que esta se podía rastrear en las prácticas de diagnóstico y tratamiento con combinación de

la medicina moderna. Quiere decir que la cosmovisión andina es flexible y permeable con la cultura occidental.

En la década de los ochenta se dio una orientación hacia el folklorismo al intentar clasificar las distintas formas de concebir a la enfermedad y sus formas de tratamiento desde la premisa de la existencia de padecimientos propios a cada contexto bajo la premisa de Síndromes Culturales. Arroyo (1981) realizó estudios sobre el *pagapu* y *wamani* en comunidades del distrito de Quinua, de la región Ayacucho; en los que existían diversos síndromes culturales que se originaban por causas sobrenaturales relacionadas a los espíritus de los cerros, con los que también se busca la curación por medio de ofrendas y rituales. En la misma región ayacuchana, en la provincia de Cangallo; Hinostroza (1983) hace un estudio de los síndromes culturales; en él muestra que las prácticas de prevención, diagnóstico y tratamiento son las mismas que hace siglos. Los trabajos de inventario y clasificación de Hugo Delgado (1988) cierran esta etapa de aproximaciones a los padecimientos culturales estableciendo etiología de males y clasificación de terapeutas, repertorios y tratamientos a partir de trabajos de sistematización con amplitud regional, con los que consolidó y validó la presencia de los síndromes culturales en las zonas rurales del país. Luego de Delgado aparecieron estudios de Valdivia (1986) y Cabieses (1993) que se añadieron dentro de la lista de los síndromes culturales; no obstante, seguían las mismas líneas de investigación que dejaron los pioneros Zapata (1969) y Federico Sal y Rosas (1971). Estos estudios, a pesar de que generaron mucha evidencia sobre la etiología, síntomas y tratamientos en las diferentes regiones (Chaumeil, 1998), aun mostraban una imagen estática de sus contextos sociales, “representándolos además como sumamente consistentes en relación a como los especialistas y la población en general, pertenecientes a una determinada área cultural, los entendían, evitaban y trataban” (Portocarrero, 2015, pág. 4).

Además de su vertiente culturalista de los estudios sobre los síndromes culturales ninguno de ellos había estudiado la prevalencia de los síndromes culturales. El primero en hacer un estudio dentro de este enfoque es de James Carey en 1993 sobre la prevalencia de tres síndromes culturales en un distrito de la región Puno en relación a factores de edad, género y estrato social. Kathryn Oths en 1999 presentó un estudio sobre la debilidad como producto de las inequidades en la división laboral y su consecuente sobrecarga. Dante Culqui (2008) hace un estudio sobre el chacho en cinco distritos de Ayacucho, en el que presenta el cuadro clínico, formas de diagnóstico y el tratamiento.

En el 2010 Bernal analiza la prevalencia de “síndromes folklóricos” en ciudades amazónicas andinas. En la mayoría de estos estudios hay poco desarrollo de estudios en diferentes contextos sociales y las variaciones en la población y sus determinantes. Tienden a analizar a los síndromes culturales como fenómenos aislados de los factores del contexto social y son tratados como elementos independientes del sistema de salud. El trabajo de Portocarrero (2015) pretende cubrir estos vacíos; en su estudio sobre Churcampa se centra en el conocimiento del contexto social, los cambios en los sistemas de salud locales, la prevalencia de los síndromes según factores sociales (edad, género, residencia) y el tipo tratamiento.

A fines de la década de los ochenta se evidencian estudios que combinan las tres vertientes anteriores: la búsqueda de la continuidad de la medicina tradicional, el inventario de las prácticas médicas en las poblaciones rurales y la eficacia de estas prácticas tradicionales en términos de representación social. Dentro de esta vertiente está el trabajo sistemático de Cáceres (1988) con su publicación de *Si crees, los apus te curan. Medicina e identidad cultural*. Este es un estudio detallado sobre la percepción del binomio salud-enfermedad en los andes del sur, en dos comunidades de la provincia de Anta, región Cusco, sus especialistas tradicionales, repertorio terapéutico y sus procedimientos; en este se incluyen aspectos de estructura económica e identidad cultural, el cual es necesario para la eficacia de los tratamientos. Otro trabajo dentro de esta orientación se ubica la obra *Las lagunas de los encantos* de Mario Polia (1989), que presenta un análisis sobre la medicina tradicional en los andes del norte, en la región Piura. Desde un rastreo arqueológico en los lugares sagrados, la evidencia etnohistórica y las prácticas comunes en las comunidades rurales muestra la vigencia de la medicina tradicional con el uso del San Pedro o Huachuma. Con este estudio antropológico hizo un registro sobre las prácticas y conocimientos de los maestros curadores, los cuales se basan en concepciones sobre salud que abarcan dimensiones sobrenaturales; dicho sea de paso, estas prácticas son las únicas eficaces para tratar muchos males de origen desconocido para la medicina moderna.

Al mismo tiempo que los estudios sobre los síndromes culturales también proliferaron los estudios sobre los conocimientos ancestrales relacionados a la salud. Dentro de esta corriente de investigación se encuentra el estudio de Pariona e Icochea (1995) en Ayacucho, con que muestra que hay vigencia de las prácticas médicas en los espacios rurales como Huamanga. Otro estudio en la misma región de Ayacucho es la de

Maldonado (2007) que pone énfasis en la cosmovisión andina vigente en la organización de los espacios sagrados y que de esta dependen la concepción sobre la salud y la enfermedad. En el trabajo de Céspedes (2008) la salud está vinculada al equilibrio con el entorno, es por ello que es necesario las actividades rituales como la fiesta del agua en la comunidad de Chula, en la provincia ayacuchana de Huanta. Un trabajo más reciente es la de Pariona (2014) que hace una evaluación del proceso de la medicina tradicional en la ciudad de Ayacucho, en el que explora los conceptos sobre salud y enfermedad, así como el repertorio terapéutico.

Existen otros estudios sobre las prácticas médicas que se dieron en estas dos últimas décadas. Estos estudios están directamente a temas relacionados temas de desarrollo con la denominación de antropología de la salud, con la intención de generar evidencia actualizada para realizar proyectos de intervención. La característica principal de estos estudios es que presentan información específica sobre un tema prioritario para el sistema de salud oficial, por ejemplo: anemia en poblaciones aymara y su forma de concebirlo. Dentro de este último periodo se dieron trabajos críticos dentro de la región de Latinoamérica sobre la presencia de distintos sistemas médicos que se encuentran en relaciones de heterogeneidad o que también forman parte de sistemas de pluralismo del sistema de salud. Los trabajos de Koss-Chioino (2004), Borja (2010), Crandon (1986), Pedersen (2009), Pedersen & Baruffati (1989) abordan la presencia de varios sistemas medicos dentro de un contexto local. Quiere decir que la mayoría de los estudios hacen estudios en determinados contextos historicos y geograficos, en el que solo abordan la presencia del sistema de salud tradicional y no encuentran relaciones con otros sistemas.

5. Sistema de salud desde la antropología

4.1. Sistema de salud local

Desde la normatividad y de la forma más aceptada, un sistema de salud involucra a todas las organizaciones oficiales, de carácter biomédico, vinculadas directamente con la producción de todo tipo de servicios de salud, que contribuyen a la mejora de la salud y calidad de vida de la población, sean públicos o privados (Alcalde-Rabanal & Otros, 2011). Pero, esto no considera las prácticas y recursos terapéuticos de las poblaciones para la prevención y tratamiento de los problemas de salud que viene realizando desde tiempos inmemoriales.

Desde la antropología se insiste en ver los sistemas de salud de forma más amplia, como un conjunto de agentes, normas, procedimientos, valores y concepciones vinculados al proceso de salud/enfermedad/atención, los cuales se desenvuelven en el marco de procesos más amplios donde intervienen elementos sociales, culturales, políticos y económicos (Paulino & Thouyaret, 2006, pág. 50). En términos concretos, los sistemas de salud *“están conformados tanto por concepciones como por las practicas e instituciones desarrolladas en torno a la salud y enfermedad. Pueden entenderse, entonces, como un conjunto de elementos o disposiciones que definen cierta forma de concebir la salud y enfermedad, organizan su cuidado, y desarrollan criterios de legitimación y reconocimiento de sus conocimientos, procedimientos y agentes. En otras palabras, implican las siguientes dimensiones”* (Portocarrero, 2015, pág. 23):

- Un sistema explicativo sobre la salud y enfermedad.
- La presencia de agentes de salud propios, aunque no necesariamente exclusivos.
- La existencia de repertorios y recursos terapéuticos.
- La presencia de marcos institucionales de reconocimiento de conocimientos, agentes y procedimientos.
- El desarrollo de determinados itinerarios terapéuticos.
- El desarrollo de sistemas de cuidado particulares.

Los sistemas de salud están incluidos dentro de sistemas de salud complejos. Esto es, coexisten de forma simultánea con otros sistemas, ya sea complementándose o en competencia. El pluralismo del sistema de salud es un contexto donde “los sistemas médicos se traslapan e interinfluyen, desarrollando diferentes tipos de relaciones entre ellos” (Portocarrero, 2015, pág. 17). Dentro de los sistemas complejos se pueden encontrar diferentes subsistemas, de acuerdo al proveedor del cuidado y el contexto (Kleinman, 1978):

- Sub sistema de salud popular: conocimiento pragmático dentro de las unidades domésticas.
- Sub sistema de salud folk: equivalente a la medicina tradicional, en el que están los especialistas locales con un bagaje de conocimientos basados en la cosmovisión, herencia cultural de los ancestros.
- Sub sistema profesional: basado en la biomedicina.

En el Perú, de acuerdo a la bibliografía, se presume que existe predominantemente la medicina popular, lo cual designa a aquellos conocimientos médicos practicados por todos los habitantes de un pueblo. Sin embargo, esto era asumido como equivalente a medicina tradicional, lo cual es un craso error porque no todo lo popular es tradicional debido a que en el primero están contenidos conocimientos que vienen de afuera y en tiempos más recientes. Así también, lo confunden con lo folclórico. Este último es el estudio de los mitos, fabulas, proverbios, adivinanzas, versos y música. El folklore es universal y no es exclusivo de pueblos ágrafos. En ese sentido, la medicina folclórica está mal planteada ya que esto se referiría exclusivamente a un pequeño sector de la práctica médica. Estas confusiones fueron desarrolladas por la premisa del biculturalismo indígena-español de la sociedad en el que se formó una medicina folclórica y está disperso en los pequeños poblados y comunidades populares que tienen un carácter mestizo. “La medicina folklórica estudiaría los aspectos relativos a la medicina manejados o practicados por esta resultante mestiza. Define el campo de acción de la medicina folklórica a la que, por otra parte, le llama también medicina popular o medicina tradicional” (Carmona, 2009, pág. 22). La medicina tradicional, en cualquier parte del mundo, es un sistema de prácticas y creencias relacionadas a los cuidados de la salud y prevención de la enfermedad que tienen como característica principal el provenir de una tradición de una cultura del pasado. En el Perú se tiene centenares de medicinas tradicionales, pero en el área andina existe una medicina tradicional andina que guarda características comunes entre los pueblos andinos, “tiene orígenes en las practicas medicas incaicas, tiene un contenido eminentemente mágico y religioso complementado por prácticas terapéuticas empírico racionales en cuyo campo sí intervienen el uso y manejo de determinadas plantas, animales y minerales con propiedades medicinales, las cuales son utilizados dentro de una doble función ritual y curativa” (Carmona, 2009, pág. 24). Se denomina tradicional porque viene de una tradición del pasado andino desde la cultura de los incas y andina porque abarca el área de la cultura del Tahuantinsuyo. Similar a la medicina tradicional andina existen otras medicinas con arraigo tradicional en otras culturas milenarias o tradiciones culturales como la medicina china o ayurvedica a las que se les denomina medicina alternativa o complementaria. Estas últimas están teniendo una presencia significativa en los últimos años. Otro sector con una importante presencia es el sistema religioso, que es una tendencia en la sociedad rural (Ramírez, 2010; Portocarrero & Otros, 2015). Desde esa perspectiva, se tiene una medicina popular referida a los conocimientos de la mayoría

de los habitantes de un pueblo; existe una medicina tradicional que viene desde el legado de una cultura milenaria; existe una medicina alternativa que es equivalente a la medicina tradicional en otras naciones; se tiene una medicina profesional y formal basada en la biomedicina y por último hay un importante crecimiento de un sistema medico religioso.

Gráfico 4: Sistema de salud plural



Elaboración: Marco A. Astete Checaña, 2017

La mayoría de los sistemas de salud son pluralistas (Koss-Chioino, 2004), aunque en una determinada localidad tiene sus características particulares que obedecen a sus valores funcionales (Borja, 2010), en las que el patrón común es que las prácticas de diferentes tradiciones medica se combinan y alternan, formando relaciones de competitividad o complementariedad (Menendez, 2005). Clasificando, en los subsistemas de salud, también se pueden hallar las relaciones que se establecen entre ellos (Menéndez, 1985). Quiere decir que, por distintos recorridos históricos, “en las sociedades se han establecido relaciones de hegemonía y subalternidad entre sistemas de salud” (Menéndez, 1994, pág. 72); todos estos tienen carácter institucional y gozan de legitimidad, porque en todas las sociedades se pueden observar tres procesos: existencia de padecimientos, desarrollo de comportamientos que deben ser controlados y producción de instituciones que se ocupen del control de las afecciones (Ibíd.). A esto

también se le puede añadir el sistema religioso, que es una tendencia en la sociedad rural (Ramírez, 2010; Portocarrero & Otros, 2015).

6. Características de la sociedad rural

5.1. Cambios en la sociedad rural

La zona rural atraviesa una serie de transformaciones (Giarraca, 2001). En rasgos generales algunos de los procesos de cambio ocurridos en el medio rural en las últimas décadas, tienen que ver con las dinámicas poblacionales; los cambios en la tenencia de la tierra, en la organización de la producción y en el sistema de trabajo; las formas de organización y representación social; y la organización del poder. Este proceso se viene dando desde la década del 50 y fue acelerado por la reforma agraria (Monge, 1994). En estos últimos años, para contextos específicos como es el de Apurímac, los cambios fueron más acelerados:

“el desarrollo minero intensificó significativamente la capacidad de transformación como consecuencia de la construcción de la red vial que no sólo dinamizó su entorno de influencia, sino creó toda una reconfiguración alrededor de la actividad minera y permitió la organización compleja en distintos puntos, lo que llevó a dar al ordenamiento del territorio una estructuración o jerarquización funcional que favoreciera a las economías de escala” (Huillcahuanaco N., 2008, pág. 354).

La sociedad rural se va modernizando aceleradamente, caracterizada por una creciente articulación de organizaciones, actores y espacios. Se habla de un proceso de urbanización de lo rural, por un lado se observa la aparición de nuevas zonas urbanas puesto se evidencia un crecimiento poblacional y esto a su vez implica cambios en la contabilización de zonas rurales, cantidad de campesinos, nivel y proceso de urbanización de las poblaciones rurales, consolidación de los flujos regionales, estructura de las ocupaciones y del empleo, zonas agropecuarias, relaciones laborales entre pobladores y la medida de la homogenización de las estructuras de familias y comportamientos reproductivos (Monge, 1994); por otro lado se habla del fenómeno en el que los hábitos urbanos permean a la zona rural (Diez A. , 2007).

El campo ahora está más vinculado a la ciudad y las diferencias cada vez se hacen más débiles. Con esto, los pobladores rurales están más integrados a los procesos nacionales y generan un escenario inestable: predominio de la pequeña propiedad existencia de una

población móvil, relaciones fluidas y desiguales, nuevos espacios regionales a diferentes ritmos, múltiples y heterogéneas organizaciones, diversidad en las opciones de los individuos, ambigüedad en las relaciones sociales y de poder (Diez A. , 2001).

Es una tendencia nacional: la interrelación entre lo urbano y lo rural es cada vez mayor; el imaginario de los habitantes rurales no es el mismo que el de sus padres; existe cierta homogeneidad en los espacios regionales. A esto sumamos tres componentes de este acelerado proceso de modernización: la democratización de la sociedad rural y el reclamo por espacios de ejercicio de ciudadanía; la expansión de la economía de mercado y los cambios en la mentalidad y en los comportamientos cotidianos. En cuanto a la democratización están el ejercicio del voto universal, la proliferación de organizaciones y la aparición de “nuevos actores”. *“En las últimas décadas se está produciendo cada vez mayor circulación en volumen, intensidad y cobertura de una serie de productos y de insumos, pero también de capital y de mano de obra”* (Diez A. , 1997, pág. 255). Como resultado de la intromisión del mercado, la ruptura de una serie de barreras sociales, el impacto de los medios de comunicación, la generalización de la educación escolar, las mentalidades y los comportamientos han cambiado.

“Sus expectativas son diferentes de las de sus padres, y parecerían tener mayores posibilidades de satisfacerlas. Las apariencias cambian, se transforman la vestimenta y el calzado, los hábitos alimenticios, los gustos musicales, pero también son otras las creencias, identidades y solidaridades, que se modifican o redefinen. Al mismo tiempo que la cultura se globaliza (por decirlo de alguna manera), se observa también la re-vitalización o la creación de manifestaciones localistas o regionalistas” (Diez A. , 1997, pág. 260).

Los procesos de democratización se enmarcan en el proceso general de integración a la vida nacional con las elecciones a nivel nacional y la proliferación de nuevas organizaciones. Esto ha contribuido a modificar los comportamientos políticos locales, porque estos comportamientos hoy siguen la tendencia nacional. Las miríadas de organizaciones sociales son creadas para gestionar algunas necesidades básicas, para desarrollar actividades productivas o para canalizar reclamos. Estos múltiples intereses no se traducen en numerosos proyectos y acciones unitarias o comunitarias, más bien representa la fragmentación. A esto sumamos el movimiento de los grupos subversivos, lo que ha ocasionado una serie de respuestas y nuevas formas de organización. Dentro

de este proceso se generan nuevas formas de ejercicio del poder y se redefinen los antiguos: el clientelismo, el autoritarismo, la autonomía y pretensión democrática. Nuevos grupos de poder se hacen posicionan en el Municipio o la dirigencia de la Comunidad Campesina. También surgen nuevos conflictos o se modifican los antiguos. Pero el poder sigue siendo masculino, urbano y blanco o *misti*.

La economía de mercado avanza inconteniblemente. Cada vez hay más circulación en volumen, intensidad y cobertura de productos, insumos, capital y mano de obra. Con esto, los agentes económicos rurales tienen cada vez mayor participación en el mercado. Se produce una mayor diferenciación en el campesinado y los pequeños productores agrarios y se diversifican las actividades. Cada vez menos personas se dedican a la agricultura. Este proceso se viene dando desde los años 50 y es acelerado por la reforma agraria. Esto dio paso a la formación de la pequeña propiedad y con él la pequeña producción. Las cosechas cada vez más se orientan al mercado. De esto solo la costa presenta indicios de comportamientos empresariales. En la costa, la agricultura no es vista como una alternativa rentable puesto que muchos prefieren el comercio.

La tendencia general es que hay debilitamiento de la comunidad y da paso a nuevas formas de organización. El municipio se vuelve la principal instancia de articulación en el espacio rural. Ahora compiten por tomar el municipio los descendientes de los poderes tradicionales y los nuevos. Una ventaja de los municipios es que cuentan con presupuesto asignado por el Estado. Con recursos y poder de gestión se están convirtiendo en los ejes articuladores de diversas organizaciones e instituciones. Para ello vienen implementando procesos de concertación. Muchos de estos procesos de concertación cuentan con el apoyo de ONG's. Las experiencias son variadas en el ámbito nacional, con múltiples problemas. Aparte de esto están los acuerdos de concertación entre alcaldes distritales y provinciales.

Un rasgo importante es la presencia de múltiples organizaciones. La comunidad ya no es la principal institución de la zona rural. Las nuevas organizaciones obedecen a las nuevas necesidades. Entre las nuevas organizaciones están: asociaciones para la producción, para los servicios, para el control del orden y aquellas de carácter lúdico. Primero, han aparecido organizaciones que reúnen a campesinos y productores agrarios para la producción y comercialización. Para el caso de la sierra estas trabajan en coordinación con las comunidades, mientras que en la costa son productores

independientes. Las organizaciones destinadas al orden, control y justicia son las rondas campesinas (norte) y los comités de autodefensa (sur). Las organizaciones destinadas al servicio están dedicadas a la parte de la organización de actividades relacionadas a la salud, alimentación, sobrevivencia; ejemplo de esto son las juntas de agua, juntas de luz, comités “pro” algo, APAFAS, asociaciones femeninas. Las organizaciones de carácter religioso, católicos tradicionales y nuevos cristianos, son formas atípicas en el espacio rural. Asimismo, las organizaciones deportivas y culturales son recientes y son espacios de socialización.

“Todas las formas de asociación mencionadas comparten la triple tarea de organizar, representar y articular grupos diversos que por medio de ellas consiguen sus fines, ejercen o defienden sus derechos y formulan reclamos o reivindicaciones. Y todo ello, tanto dentro del espacio local como hacia afuera de él” (Diez A. , 1999, pág. 26).

La relación con “afuera” es fundamental ya que estos intervienen en el apoyo a la creación, regulación, funcionamiento, etc. Para la articulación de organizaciones e instituciones se parte del reconocimiento de la competencia entre la comunidad y municipio para articular sus espacios, esto en dos niveles: regulando las relaciones y en representación hacia el exterior. No está claro que institución debe tomar el rol articulador, tampoco alrededor de que autoridad deben congregarse y negociar. Tampoco hay coordinación a nivel interno. El municipio está convirtiéndose en el principal articulador del espacio local, también porque cuenta con presupuesto asignado por el Estado. Por esto los municipios se encargan de realizar procesos de concertación que lleguen a políticas y proyectos conjuntos. Además de ellos, también hay integración entre distritos y provincias. Pero, se debe reconocer que los municipios no son las únicas instancias de articulación porque también están la iglesia, las fuerzas armadas, los poderes económicos, etc. También hay presencia de ONG’s que brindan apoyo en diversos temas.

En relación a la salud el primer rasgo visible es el incremento de los servicios de salud en las zonas rurales. En este periodo de transformaciones de la ruralidad, Anderson ha encontrado que los servicios de salud ya forman parte de la vida de la población y en muchos casos goza de prestigio en su ámbito local en el que se desenvuelven (Anderson, 2001). No obstante, aún existen problemas en cuanto a la confianza del personal

arguyendo falta de preparación o experiencia. Así también se desconfía de algunos medicamentos y terapias. Esta falta de confianza se debe a maltratos y negligencias que la misma población ha experimentado (Huayhua, 2006). Para el caso de la salud materna, hay falta de adherencia al cuidado materno, estas están relacionadas con las creencias, hábitos alimenticios y asistencia a interconsultas con algunos especialistas (Lasso, 2012).

7. Estrategias en salud

6.1. Ciudadanía ampliada

La participación es una nueva forma de relación entre la sociedad civil y el Estado. Por medio de esta vía la sociedad civil organizada puede intervenir, decidir, plasmar y vigilar en el Estado. El municipio al ser el ente más cercano a la población, se convierte en escenario de las formas de participación. Además, existen múltiples campos de participación que abarcan mecanismos institucionales y no-institucionales (Remy, 2005). Entre los mecanismos institucionales legales, se dispone de una amplia gama de procedimientos y mecanismos de participación para el desarrollo de una ciudadanía activa¹⁴, entre ellos: elegir y ser elegidos; manejar información y opinar sobre los asuntos públicos; presentar iniciativas ciudadanas de reforma constitucional y de legislación; colaborar y tomar decisiones en la gestión del desarrollo del Distrito, Provincia y Región; vigilar y controlar la buena marcha de la gestión pública y por ultimo pronunciarse en los referendos y en las consultas ciudadana.

En estas últimas décadas se ha observado una serie de transformaciones en el ámbito rural. Las transformaciones se han expresado desde los niveles materiales y económicos hasta las formas simbólicas, el ámbito político no está excluido, puesto que todo está interrelacionado. El campo rural también es escenario del proceso de participación ciudadana, pero se dan formas particulares en cada escenario local. El ámbito sociocultural evidenció grandes transformaciones a partir de las reformas del noventa. Las comunidades presentan una serie de cambios en su quehacer cotidiano y la forma de participación política también muestra nuevos matices (Pérez, 2009). Es así que cada vez hay mayor intervención de la población en los asuntos de decisión colectiva. Con lo que respecta a la salud, está la participación comunitaria en salud.

¹⁴ Extraído de JNE. "Guía de participación ciudadana del Perú", Lima. 2008

La Participación Comunitaria en Salud se basa en la prevención y promoción de la salud. La primera mención de esta se dio en la Declaración de Alma Ata en 1978. En esta declaración la participación es definida como: “el proceso mediante el cual los individuos y familias asumen la responsabilidad ante su salud y su bienestar, así como por la salud de su comunidad, y desarrollan la capacidad de contribuir activamente a su propio desarrollo y al de su comunidad¹⁵”.

Para 1986, en Ottawa, el concepto de participación comunitaria cobra mayor amplitud al señalar que la comunidad debe participar en la tarea de tomar decisiones en la planificación, ejecución y control de las acciones de promoción de la salud. En 1990, se instituyen los sistemas locales de salud y con esto se habla de la fusión de los actores sociales (organizaciones, instituciones y sectores) de una localidad con el fin de definir sus problemas de salud y señalar alternativas de manera conjunta.

En 1993 el Ministerio de Salud da una definición de participación comunitaria en el que lo reconoce como *“las acciones colectivas a través de las cuales la población conjuntamente con las instituciones del sector, identifican problemas y necesidades, elaboran propuestas, planifican, ejecutan y evalúan el impacto de los programas con el fin de prevenir enfermedades y promover la salud”*¹⁶.

6.2. Interculturalidad en salud

El paradigma de la pluralidad y la diversidad cultural es hoy en día clave para una integración regional exitosa y la inserción de América Latina y el Caribe en el mundo globalizado. *“Durante la próxima década una de las claves de la región para la superación de la discriminación y exclusión por factores de raza y etnicidad puede consistir en proyectar un acceso de las personas a una ciudadanía sustentada en la diversidad y el multiculturalismo”* (Bello & Rangel, 2000, pág. 3) Esta “dialéctica de la negación del otro” como proceso dinámico puede ser reorientado por el estado y las políticas públicas orientadas a alcanzar las condiciones básicas de equidad. La emergencia a la diversidad y la identidad ha sido acompañada del desarrollo y la universalización de los derechos económicos, sociales y culturales. Desde esta perspectiva es necesario el acceso de estas poblaciones a una ciudadanía moderna.

¹⁵ Definición de la OPS, 1978.

¹⁶ MINSA, Guía para el resumen de experiencias de participación social en Salud. Lima, 1993.

“El punto es comprender las identidades étnicas de los pueblos indígenas y las diferencias culturales como algo que debe ser valorizado a la luz del reconocimiento del carácter multiétnico y pluricultural de las sociedades latinoamericanas, abandonando así el paradigma negador y homogeneizador que ha caracterizado a la región” (Bello & Rangel, 2000, pág. 4).

La interculturalidad en salud, supone partir de un modelo hegemónico de conceptos y prácticas con predominio en la biotecnología, y en los prestadores de salud, con total subordinación de la población usuaria de los servicios, hacia otro con rasgos de interculturalidad, que se podría denominar un “modelo de salud intercultural” el que presenta distinciones respecto a los modelos prevalentes (Cunnighan, 2014). *“La interculturalidad en salud se puede resumir como una apuesta por el desarrollo del diálogo entre dos o más modos diferentes de comprender el proceso salud-enfermedad. Este dialogo debe apuntar a la autotransformación y a un enriquecimiento respetuoso y mutuo”* (Seminario & Cárdenas, 2014, pág. 15). La autotransformación supone que los actores transformen su práctica incorporando elementos diferentes procedentes de los otros sistemas de salud y que esto se haga de forma coordinada.

En la interculturalidad en salud hay tres principios. El primero es la calidad, que *“hace referencia a la incorporación de una serie de saberes y prácticas eficientes en la promoción y la recuperación de la salud en cada una de las partes que entran en diálogo”* (Óp. Cit). El segundo es el principio de los derechos, referidos a los derechos de tercera generación, que insiste en las libertades culturales. El tercer principio es la ciudadanía y este es un aspecto eminentemente político que establece la prevalencia de la igualdad en las libertades civiles, políticas y sociales.

Por último, la interculturalidad es un paquete de valores como la tolerancia, la empatía y la humildad. La tolerancia, más vinculado a la multiculturalidad, es la capacidad de convivir conllevando las diferencias y buscando el consenso entre las partes. Más allá de la tolerancia va el reconocimiento, que significa respetar al “otro” y sus conocimientos y que en consecuencia conlleva una decisión y voluntad de conocer al otro. Por el lado de la humildad se propone superar la “etnosuficiencia” poniendo en cuestión nuestros propios saberes y conocimientos y reconocer el valor de la cultura del “otro” (Gasche G. , 2011).

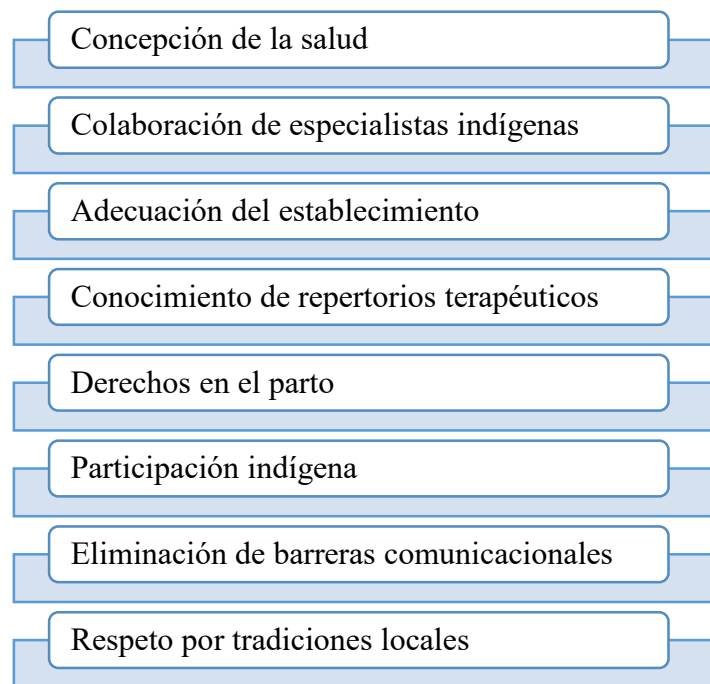
La pertinencia cultural se origina como respuesta a los vacíos de la adecuación intercultural:

“La adecuación cultural hace referencia a un conjunto de acciones que se llevan a cabo para atraer a la población al establecimiento, surgen del reconocimiento por parte del sistema oficial de salud y sus actores, de que la cultura es una barrera de acceso que no permite garantizar el derecho a la salud” (Seminario & Cárdenas, 2014, pág. 28).

Con ello se intenta hacer un servicio más amigable para la población, pero esto lo hace desde la perspectiva del servicio de salud con su sistema hegemónico sin consenso o consulta de la población. A pesar de sus limitaciones, la adecuación cultural es el primer paso al reconocer el problema y plantear propuestos.

“La pertinencia cultural asume la tolerancia y la supera, incorporando el respeto, que tiene en su base el reconocimiento” (Op. Cit.). Esta práctica es propiamente intercultural y para su realización incorpora el diálogo. A través del dialogo se reconoce al otro, lo asume tal como es y desde allí valora la otra cultura. Para hacer que un servicio de salud actúe con pertinencia intercultural es necesario tener en consideración ocho componentes propuestos por Gerardo Seminario y Cynthia Cárdenas: concepción de la salud, colaboración con los especialistas indígenas, adecuación del establecimiento, conocimiento de repertorios terapéuticos, derechos en el parto, participación indígena, eliminación de barreras comunicacionales y el respeto a las tradiciones locales (Seminario & Cárdenas, 2014).

Gráfico 5. Componentes de la interculturalidad en salud



Fuente: Seminario & Cárdenas, 2014.

La interculturalidad es un compromiso ético político por antonomasia. Es en la parte política en donde la interculturalidad se llega a implementar y toma forma física. En el Primer Nivel de Atención, con el Modelo Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad, las Redes de Salud Intercultural y las Redes Integradas de Salud, los actores sociales son parte de una red de actores activos.

“Cuando la población es reconocida y se reconoce como un actor activo en el cuidado y promoción de su salud, los valores de las distintas dimensiones que lo conforman como humano entran en escena como parte del problema y la solución de la salud y se hace indispensable iniciar procesos no solo participativos, sino de diálogo, es decir de intercambio mutuo de conocimientos” (Seminario & Cárdenas, 2014, pág. 18).

La acción política se hace más factible mediante la cooperación. Es así que la Organización Panamericana de la Salud establece líneas de cooperación y estas son (Pino, 2016):

- Generación de evidencia. - Mejorar la gestión integral de la información sobre la salud de los grupos étnico/raciales y sus determinantes, orientado a la toma de decisiones políticas basadas en evidencia.

- Acción política. - Promover políticas públicas que abordan la etnicidad desde la óptica de los determinantes sociales de la salud.
- Participación socio-cultural. - La participación social y las alianzas estratégicas con los grupos étnico-raciales en el desarrollo de políticas y estrategias dirigidas a generar equidad.
- Acción intercultural. - Potenciar el diálogo para el desarrollo y diseño de políticas y programas de medicinas tradicionales, ancestrales y complementarias en los sistemas nacionales de salud.
- Competencia intercultural. - Desarrollar las capacidades a todos los niveles para incorporar la interculturalidad en la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de todas las políticas, planes y proyectos.
- Acción en los determinantes sociales. - Promover la intersectorialidad para el abordaje de los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud de los grupos étnico-raciales.

Gráfico 6: Líneas de trabajo prioritarias en cooperación para los actores sociales



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (Elaboración propia)

Desde la década de los noventa, la interculturalidad ha ingresado en Latinoamérica en diversos campos. Esto se refleja en recurrente referencia del término en proyectos de investigación, postgrados, proyectos, programas de planificación. Agencias internacionales, ONGs y el gobierno se apoyan en este concepto; así también los grupos étnicos para legitimar sus reclamos. El concepto surge desde la ONU con la

creación del Foro Permanente para los Pueblos Indígenas que declara Década de los pueblos indígenas en 1995. Pensado como la revalorización de la cultura indígena apunta al respeto por la diversidad cultural y en salud se incorpora como estrategia para mejorar los índices epidemiológicos (Ramírez, 2014).

En Bolivia, desde los programas dirigidos al cambio social, el enfoque de interculturalidad considera la existencia de un desentendimiento entre los servicios de salud y las cosmovisiones indígenas y su práctica atiende ese aspecto, pero el problema se halla en el sistema de la salud pública (Ramírez, 2008). Además, la incorporación de la medicina tradicional en los hospitales no se realiza en igualdad de condiciones, genera subalternización dentro de la biomedicina. Plantea una dicotomía entre medicina tradicional y biomedicina haciendo exceso énfasis en el aspecto cultural. Esto opaca los aspectos económicos y sociales dentro del ámbito de la salud. También, solo reconoce las medicinas tradicionales de los grupos dominantes, generando andinocentrismo, al tiempo que niegan a más de 30 grupos étnicos. Es necesario tener en cuenta las relaciones de poder que van más allá de los aspectos culturales.

La interculturalidad en salud ha devenido en un discurso y una práctica que han utilizado, tanto los organismos globales como la mayoría de países Latinoamericanos, para asimilar y seducir a las comunidades indígenas. Se revaloriza la medicina tradicional, sin proponer cambios en la mejora de las condiciones de vida de estas poblaciones. Sobre todo, en aquellas zonas en las que se están expropiando las tierras o contaminándolas: con la extracción de gas, petróleo, minerales, construcción de represas, junto con la deforestación indiscriminada de la selva. La salud/enfermedad no puede separarse de las condiciones territoriales de estos pueblos ya que la salud ambiental es fundamental para su supervivencia (Ramírez, 2014).

“La salud intercultural termina por ser una estrategia política y económica barata para hacer visible cambios y mantener a los sectores subalternos apaciguados, proponiéndoles una revalorización de su cultura a través del respeto a su medicinas tradicionales y saberes y, con ellas, la incorporación de terapeutas tradicionales a los servicios de salud como solución a las deficientes condiciones del sistema. Esto se hizo sin reforzar las capacidades resolutivas de los servicios médicos y sin recursos médicos calificados, ya que la mayor parte de los centros de atención primaria están atendidos por auxiliares de enfermería e internos (estudiantes); y sin

el respeto para que las medicinas tradicionales sigan avanzando en sus propios espacios, sin la necesidad de incorporarlas al sistema oficial” (Ramírez, 2011, pág. 34).

Se plantea cuestionar ese método que hasta ahora no ha generado cambios positivos para la salud de las personas. Propone una mirada amplia que vincule el concepto de interculturalidad a aspectos económicos, políticos e ideológicos. Hasta el momento la interculturalidad está entrando como una estrategia para neutralizar el conflicto étnico por estar haciendo una práctica más de multiculturalismo. Además, se enmarca dentro de un proceso de globalización en donde el desarrollo como estandarte entra solapadamente con el término de interculturalidad. En una época de extensión del capitalismo, para garantizar la integración de los indígenas, con la apariencia del dialogo y respeto, la interculturalidad sería como una buena estrategia que termina siendo bien recibida en las comunidades. *“El Estado, que se presenta como un modelo alternativo al capitalismo global, actúa reproduciendo la visión desarrollista promovida por el proceso de globalización desde las agencias internacionales de desarrollo”* (Milán, 2011, pág. 7). Son estrategias por las cuales el capitalismo global penetra solapadamente en la sociedad a través de instituciones locales, con tal de asegurar su dominación y reproducción mundial.

La interculturalidad en la salud va más allá de la reafirmación identitaria, su afán es el dialogo mutuamente transformador (Seminario & Cárdenas, 2014). En el esquema de sistemas de salud, el sistema biomédico tiene hegemonía sobre los sistemas populares o tradicionales y así se genera la exclusión de estas últimas. Esta exclusión tiene tres consecuencias: primero, empobrece el margen de atención que pudiera brindar; segundo, reduce la calidad al no ser pertinente y, por último, contribuye a la subalternización y debilitamiento de la identidad cultural. Para el movimiento indígena el tercer punto es puesto en agenda. Es así que se establecen los principios y directivas de los pueblos indígenas en 1993 y estas son:

- Enfoque integral de la salud
- Derecho a la autodeterminación de los pueblos
- Respeto a la revitalización de las culturas indígenas
- Reciprocidad en las relaciones
- Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas

En el caso peruano hay propuestas sobre salud indígena del Grupo Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Amazónicos, el cual se dirige a construir horizontalidad, construir un sistema de salud intercultural y ampliar la cobertura de salud pública entre las comunidades nativas, para el cual se trazan seis objetivos (Seminario & Cárdenas, 2014):

- Formar, de manera sistemática, recursos humanos en tecnología de salud intercultural.
- Promover la descentralización efectiva del sistema de salud pública y de los recursos comunales de salud pública.
- Diseñar una Política Nacional de Salud Indígena Intercultural con participación de las organizaciones indígenas.
- Soberanía, seguridad y autosuficiencia alimentaria de los pueblos indígenas.
- Priorizar la ampliación de servicios de salud pública intercultural para mujeres, niñas y niños en comunidades de la Amazonia.
- Prevenir y atender las enfermedades emergentes y re-emergentes en zonas rurales de la Amazonia.

8. Metodología del estudio

7.1. Consideraciones epistemológicas

El método a emplear en una investigación social es preeminentemente cualitativo, lo cual implica el uso exclusivo de la etnografía (Hammersley & Atkinson, 1994). La etnografía es por antonomasia comprensiva, puesto que recoge las definiciones de los propios actores sociales y así interpreta la realidad estudiada (Romani, 2013). La realidad no se encuentra dada *a priori* sino que se va construyendo por los sujetos sociales. Para comprender esta realidad construida es necesario hacer la “doble hermenéutica” (Giddens, 1993).

El investigador social no se encuentra fuera de la realidad estudiada, se inserta en su universo de estudio, incluso forma parte de ella. El antropólogo entiende al otro y su cultura (Dietz, 2011). Aquí yace el problema del conocimiento antropológico, puesto que el investigador tiene una propia identidad y al relacionarse con los “otros” se enfrenta a una alteridad. Necesariamente tiene que hacer un traslado de su identidad hacia esa nueva alteridad, pero en ese intento experimenta el extrañamiento.

“Al no participar como nativo en las prácticas sociales de las poblaciones que estudia, el antropólogo existencialmente experimenta el extrañamiento, una unidad contradictoria, por ser al mismo tiempo aproximación y distanciamiento. Es como estar delante de un sistema de signos- vivirlo relacionándose primeramente con sus significantes, pero sin comprender del todo sus significados” (Ribeiro, 1989, pág. 195).

Para lograr este fin, el empleo del diseño etnográfico no solo presupone emplear anotaciones de observaciones directas en el campo a partir de la propia experiencia. También es necesario indagar en buscar información a través de conversaciones, entrevistas, encuestas, censos; estos en caso de referirnos a información que se pueda transcribir (Sánchez C. , 2003).

Pero en situaciones en donde el investigador estudia a su misma sociedad se tiene que hacer un distanciamiento epistemológico. El hecho de pertenecer a la sociedad estudiada da la ventaja de conocer con mayor profundidad el lugar y tener un estatus de experto. Aun así, el distanciamiento epistemológico es necesario. En esta situación el Otro se vuelve antropólogo y hace su propio estudio. En la antropología posmoderna también es llamado como la etnografía confesional (Clifford & Marcus, 1986). Esto invita a dar una mirada antropológica desde adentro y desde afuera. La actividad de la observación participante es una tarea insoslayable. Se busca la inducción propia del trabajo de campo y una comprensión mayor a través de una generalización a los que asumimos que es rol de la antropología: en resumidas cuentas, “la comparación y el trabajo de campo son mutuamente dependientes” (Fernández, 2004, pág. 40).

La premisa básica de la investigación es el aspecto dialógico y participativo. Esto quiere decir que el enfoque siempre toma el punto de vista de los actores, su manera de construir el mundo, y todo el proceso fue recurrente, o sea consultado con los mismos actores. Durante el proceso de construcción de la investigación cada documento fue sometido a revisión de los mismos actores. Otro de los fundamentos de la investigación es que tuvo la atención en conocer la peculiaridad del ámbito estudiado, dejar que se exprese cuanto sea posible la cultura “extraña” en su propio lenguaje. La documentación cuidadosa como fundamento epistemológico de la investigación indica que los discursos emitidos de la población fueron corroborados con fuentes fidedignas.

Esta etnografía, por los requerimientos del contexto, es un trabajo reflexivo (Guber, 2001). El método de levantamiento de datos en una investigación cualitativa orientado por las dos premisas de la peculiaridad y la documentación abarca cuatro estrategias. El primero es compartir la vida cotidiana con los sujetos estudiados. El segundo método es la observación participativa, lo cual se diferencia de la simple observación, en el que se conoce a profundidad al grupo estudiado y cada acontecimiento es registrado con los instrumentos audiovisuales y en caso de no poder aplicarlos se recurrió a los apuntes a mano en cuaderno de campo (Restrepo, 2015). El tercer método es la enseñanza, lo cual implica aprender los conocimientos y concepciones de los propios pobladores de su mundo social y material (Bartolomé, 2003). Como cuarto y último método esta la conversación con los informantes, esta deja trascender a la técnica de las entrevistas a profundidad la cual que no deja de ser una relación asimétrica y vertical entre el investigador e investigado (Flores, 2010).

Por esto se ha puesto en consideración el empleo del trabajo de campo. Dicho sea de paso, esta fue una de las etapas más importantes de la presente investigación. Mediante este se recogió información para el análisis y también permitió “insertarse” en el universo social, conociendo el sentido que la población le da a sus prácticas sociales. Se realizaron viajes y estadias prolongadas en donde se anotaron observaciones, conversaciones y entrevistas durante un año de trabajo.

7.2. Vivenciar el hecho en el trabajo de campo

El trabajo de campo propiamente dicho en el distrito se realizó durante un año. Aunque también cabe mencionar que hubo un trabajo anterior en el 2013 referido al tema de la cosmovisión y otro trabajo relacionado al aspecto de la política y la etnicidad en los primeros meses del 2015. En el mes de octubre del 2016 hubo una visita para reconocer el ámbito de la salud y evaluar la factibilidad de hacer esta investigación. Una vez encontrado la factibilidad de hacer esta tesis se procedió a formular la propuesta de investigación y para diciembre del mismo año ya se hizo el viaje para pedir la autorización de las instituciones competentes en el tema de la salud. Desde enero del año 2017 se tuvo la anuencia del Centro de Salud de Haquira, la Municipalidad Distrital de Haquira y la Comunidad Campesina de Ccochac Despensa y se inició con el recojo de información. Durante enero y febrero se recogió información oficial que sirve para conocer el aspecto económico, político y social. Luego se hizo otro viaje para tener una estadía durante los meses de abril y mayo en el que se pudo conocer el aspecto cultural,

las formas de entender la salud, la enfermedad y sus prácticas de atención. Durante este periodo también se recogió información en los puestos de salud e instituciones de la localidad. Se hizo otro viaje con una estadía entre los meses de junio y agosto en el cual se recogió información que consideramos que aún faltaba. Cabe destacar que desde la primera visita se logró amistad y confianza con los pobladores, lo cual ayudo enormemente a esta investigación. Así también se enriqueció una fructífera relación con los colegios Cesar Vallejo y José María Arguedas de Haquira, con el que se pudo acceder para recoger información y hacer un trabajo conjunto. Un primer resultado es la generación de dibujos de los relatos e historias que no se pueden fotografiar y el segundo resultado es el trabajo con un grupo de estudiantes sobre el recojo de plantas medicinales que tuvo dos objetivos: el primero era levantar datos sobre plantas para esta investigación y el segundo fue para elaborar un proyecto de investigación escolar para concursar en la Feria Nacional de Ciencia y Tecnología - EUREKA que llego ganando hasta la etapa provincial.

Para este trabajo se han empleado varios instrumentos de recojo de información y esta información dispersa lo clasificamos como fuentes. Las fuentes primarias son aquellas levantadas en el mismo trabajo de campo a las que se les denomina fuentes directas y las fuentes secundarias que se recogieron para ampliar las fuentes primarias y se clasifican en fuentes impresas y virtuales. En esos sentidos, el empleo de fuentes lo clasificamos en tres tipos: las fuentes directas incluyen entrevistas, observaciones, conversaciones y encuestas; las fuentes impresas refieren a bibliografías, revistas, archivos, panfletos, manifiestos, volantes, etc. y por último las fuentes virtuales, desde páginas web, los blogs y cuentas personales en las redes sociales.

Para construir las fuentes directas se recurrieron a tres herramientas que pasan a ser nuestros instrumentos de investigación. La observación participante y la observación simple. Las conversaciones elaboradas y las espontáneas. Y las entrevistas. Todos estos están registrados con aparatos audiovisuales como la cámara de video y la grabadora de audio. Para las observaciones y algunas reflexiones el cuaderno de campo es el instrumento que siempre estuvo presente.

Estudio de carácter descriptivo, cuali-cuantitativo que utilizará las siguientes técnicas de trabajo:

- Observación directa: técnica eminentemente cualitativa que, con la aplicación de guías de observación, pretende establecer un diálogo con los informantes y ser participativo no solo porque el investigador antropólogo sea participe en las actividades de los sujetos investigados, sino más bien en el hecho de que los sujetos mismos sean quienes participen en la elaboración de las propuestas de solución en el dialogo intercultural.
- Entrevistas: entrevistas semi-estructuradas con la finalidad de detectar problemas y actitudes, cuyo contenido variará dependiendo de las unidades de observación.
- Revisión documental: Con la aplicación de formatos de recolección de datos, se revisaron principalmente documentos de los servicios, así como de los gobiernos regionales y municipales. Dentro de los servicios de salud, es de observación obligatoria la revisión de información del establecimiento.

7.3. Trabajo de análisis

El material recogido pasó por tres etapas de trabajo en gabinete. La primera etapa consistía en procesar la información, es decir se volvió a formato virtual toda la información obtenida. Las anotaciones en los cuadernos de campo, las entrevistas grabadas fueron transcritas y puestas en documentos virtuales. Así también los documentos oficiales, información impresa y fuentes sobre papel fueron pasadas a un formato virtual. En el caso de la información virtual solo se procedió a darle orden dentro de la categoría que le corresponde.

Luego de tener la información en formato virtual se procedió al ordenamiento. Se crearon carpetas en el ordenador para guardar la información en categorías de acuerdo al tipo de fuente. Para un mejor manejo se crearon carpetas para fuentes bibliográficas, documentos oficiales, fichas bibliográficas, transcripciones y fotografías.

Una vez tenida la información ordenada para su fácil ubicación se procedió a hacer el análisis con la ayuda del programa Atlas.ti. Este permite establecer procesos de codificación, identificación de patrones y asociaciones para información cualitativa. Y fue gracias a este programa que se realizó el nuevo ordenamiento de la información para la presentación de la redacción final de acuerdo a los siguientes temas:

- Sistema de salud local.
 - Sistemas de explicación
 - Agentes de salud
 - Repertorios terapéuticos
 - Itinerarios terapéuticos
 - Marco institucional de reconocimiento
- Servicios en el primer nivel de atención.
 - Concepción de la salud
 - Colaboración de especialistas indígenas
 - Adecuación del establecimiento
 - Conocimiento de repertorios
 - Derechos en el parto
 - Participación indígena
 - Eliminación de barreras comunicacionales
 - Respeto por tradiciones locales
- Líneas de cooperación para la salud.
 - Participación y alianzas
 - Competencia intercultural
 - Diálogos en articulación
 - Intersectorialidad
- Niveles de comprensión en interculturalidad
 - Adecuación
 - Pertinencia
 - Cambio estructural
 - Cambio cognitivo
 - Crisis de paradigmas

Capítulo 2

Información general del contexto local

En este capítulo se describe el contexto local en el que ocurren y se interpreta el sistema de salud local. El estudio se desarrolla con la población del distrito de Haqira, ubicado en la provincia Cotabambas, región Apurímac. El contexto socioeconómico y cultural presenta la preponderancia de las relaciones urbano-rurales continuos incentivado por el sector de la minería a gran escala. La coexistencia de una agricultura disminuida, la ganadería en desaparición, la emergencia de nuevos sectores económicos, la situación de las identidades problemáticas de *misti*-indio, la crisis de la institucionalidad de la participación política, brechas sociales, migración, brecha generacional, desarraigo juvenil, entre otros problemas, se superponen con una reapertura a la participación ciudadana, la aparición de nuevos liderazgos y la recuperación de la identidad cultural para la búsqueda de nuevas estrategias para la solución de sus problemas.

1. Aspectos generales

1.1. Ubicación

Haqira es uno de los 6 distritos de la provincia de Cotabambas, que pertenece al gobierno regional de Apurímac. El espacio territorial que ocupa es de 475,46 km². Según el INEI ocupa un área aproximada de 47,546 Ha. Se halla ubicado en las regiones quechua, suni y puna, la altitud varía entre los 2950 m.s.n.m. y los 4866 m.s.n.m. teniendo su parte central en la capital que está en los 3400 m.s.n.m. Limita por el Norte con el distrito de Mara de la provincia de Cotabambas; por el Sur con los distritos de Llusco y Quiñota de la provincia de Chumbivilcas en Cusco; por el Este con el distrito de Colquemarca de la provincia de Chumbivilcas en Cusco y por el Oeste con el distrito de Oropesa de la provincia de Antabamba y con el distrito de Challhuahuacho de la provincia de Cotabambas, ambos en Apurímac. Esta ubicación fronteriza permite tener un tráfico más fluido con Cusco que con Apurímac. En cuanto a la accesibilidad a Haqira se puede llegar a través del transporte terrestre por vía de carreteras desde las ciudades de Abancay, Cusco o Arequipa. La ruta más cercana es desde Cusco que dura 7 horas en vehículo.

Mapa 1: Ubicación del departamento de Apurímac



Elaboración: Marco A. Astete Checaña, 2017.

1.2. Geografía

Condiciones topográficas

El distrito posee cinco zonas ecológicas¹⁷:

- *Zona de quebradas profundas*, en el curso inferior de los ríos Kulluchaca, Ccocha-Calicanto y el río Santo Tomás, cuya altitud varía de 2700 a 3500 msnm.
- *Zona de laderas y planicies*, con topografía accidentada que varía entre 3700 y 4200 msnm.
- *Zona de bofedales de relieve ondulado*, territorios con abundante agua que brota de manantiales durante el año, oscila entre 3900 y 4100 msnm,
- *Zona de puna alta con cerros de difícil acceso*, su altitud es de 4100 a 4200 msnm.
- *Zona de cordillera*, formado por lagunas y altos nevados entre los 4200 a 5000 msnm.

¹⁷ Información de la tesis de Nancy Huillcahuanaco (2007).

Mapa 2: Ubicación de Haqira en el departamento de Apurímac



Elaboración: Marco A. Astete Checaña, 2017.

Geología

Con respecto a depósitos metálicos el cobre siempre va asociado con la plata, el zinc, el plomo, el oro, y entre los depósitos no metálicos existe abundante caliza, sílice, arcillar, mármoles, cal, etc. Los minerales metálicos se explican por la mineralización que se encuentra vinculada a rocas sedimentarias y volcánicas que han sido fuertemente plegadas, falladas e instruidas por diferentes cuerpos: diorita y tonalita, principalmente.

Orografía

Su territorio es accidentado, de valles profundos y agrestes cumbres que alternan con altas mesetas o punas y picos nevados, entre estos últimos pueden mencionarse el Inticancha (5,081 m), en la provincia de Aymaraes, y el Ampay (5,223 m), en la provincia de Abancay (Huillcahuanaco N. , 2008, pág. 356).

Sistema hídrico

El territorio del distrito de Haquira está conformado por cuatro micro cuencas:

Tabla 3: Principales microcuencas de Haquira

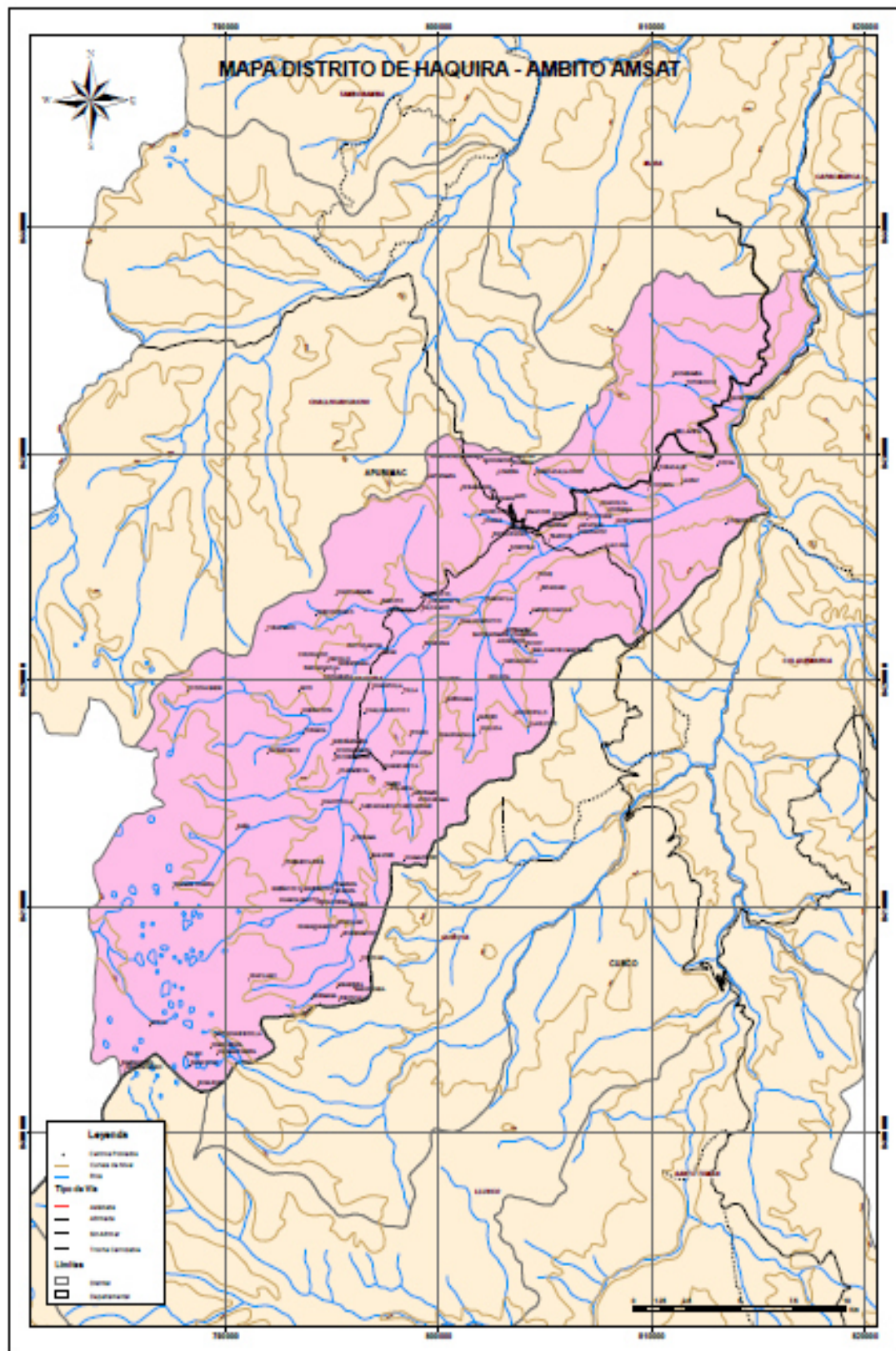
Nombre	Porcentaje	Importancia
Ccocha o K'ulluchaka	79 %	Cuenca principal del distrito
Jahua-jahua	7%	Afluente a la cuenca del Vilcabamba (Grau)
Chillhuancalla	3%	-
Quebradas menores	5%	Desembocan el río Santo Tomás

Fuente: Plan de Desarrollo Concertado Haquira al 2021 (2012).

Estas microcuencas son afluentes del río Santo Tomás, excepto la microcuenca del Jahua-jahua que es afluente del río Vilcabamba que desemboca por la margen izquierda en el río Apurímac. El río Santo Tomás tiene sus nacientes al sur-este del Distrito, en las cumbres nevadas de los cerros Yurahuanco (5,340 m.s.n.m.) y Huaychahui (5,452 m.s.n.m) y pertenece a la cuenca del Ucayali, por lo que también forma parte de la cuenca del Amazonas. En 150 Km. aproximadamente de recorrido, con dirección al norte, el río Santo Tomás desemboca por la margen izquierda en el río Apurímac, al norte del pueblo de Tambobamba.

El 79% del Distrito está conformado por la microcuenca del río K'ulluchaka, el cual forma valles bastante estrechos y profundos en su parte media y baja principalmente, siendo la parte alta de morfología menos abrupta. Esto se explica por dos razones principales: la primera, es por el levantamiento de la cordillera, que sucedió durante el pleistoceno, originando la ruptura del equilibrio morfológico, dándole una intensa erosión y profundización de los valles y quebradas existentes; la segunda razón es que el río k'ulluchaka transcurre entre rocas sedimentarias fácilmente erosionables, como es el caso de las lutitas del grupo Yura (formación Soraya y Chuquibambilla) y las calizas de la formación de Ferrobamba que se puede observar en el mapa geológico a lo largo de toda la cuenca media y baja. (Nancy Huillcahuanaco, 2007).

Mapa 3: Ámbito de Haquira con sus comunidades y anexos



Fuente: AMSAT, 2014

Clima

El clima de la zona es del tipo tropical de altura, caracterizado por un contraste muy fuerte entre una estación de lluvias y una estación seca: las lluvias se dan entre noviembre y marzo que termina definitivamente en Abril; la estación seca se da entre mayo y agosto. El total anual de las precipitaciones es entre 850 mm. y 700 mm. de diciembre a marzo y 150 mm. entre abril y noviembre en las principales zonas de vida. El déficit hídrico permanece 9 meses, de abril a diciembre.

Entre las principales características del clima están:

- Temperaturas promedio anuales de 13°C a 3000 msnm. y unos 7° a 4000 msnm.
- Una amplitud térmica anual baja. Quiere decir que la temperatura promedio del mes más frío es de 9°C y el mes más cálido es de 12°C.
- Una amplitud térmica diaria muy fuerte, especialmente los días despejados de la época seca (en julio a 3700 msnm.: -5 hasta +22°C bajo techo).

La temperatura de los cultivos se ve limitada por:

- Las primeras lluvias de octubre a noviembre.
- Las primeras heladas de abril a mayo.
- La época de crecimiento de las especies cultivadas no es más que de 6 a 8 meses.

El clima constriñe la actividad agrícola debido a la marcada oposición de temporadas de lluvias y sequía. Por las sequías y heladas no se puede cultivar durante esta época. Solo es posible cultivar para los meses lluviosos.

Flora y fauna

Entre los árboles y arbustos que sobresalen se pueden mencionar al eucalipto y el molle. También chaman retama, maguey, huarango, chachacomo, tayanco, tuna, las cactáceas columnares, la tara, entre otros, que se venden sin ningún valor agregado.

La fauna, al igual que la flora, es abundante; presenta diversas variedades de especies en los diferentes pisos ecológicos que posee, entre los que podemos citar: venado gris, puma, taruca, zorro, comadreja, cuy salvaje, gato montés, vizcacha, zorro, guanaco. Además, hay algunos peces como la trucha, pez gato, etc.

Ilustración 1: Crecimiento estacional de la fruta del capulí



Fuente: Fotografía Marco A. Astete Checaña, 2017

1.3. Aspectos demográficos

Haqira tiene un aproximado de 10437 habitantes de acuerdo a las proyecciones del INEI. La población está distribuida en asentamientos contiguos y dispersos, algunos tienen la categoría de centros poblados. Según la Ley N° 27795 “Ley de Demarcación y Ordenamiento Territorial” un centro poblado es todo territorio nacional identificado con un nombre y habitado por una población igual o mayor a 151 habitantes en viviendas participantes. El ordenamiento de Haqira obedece a otros criterios y en su organización registran 8 centros poblados, de los cuales 7 son Concejos Menores y uno de ellos se reconoce como Comunidad Madre; cada Centro Poblado tiene a su correspondencia entre 2 y 8 comunidades anexas; en total hacen una suma de 41 pueblos reconocidos por sus propios nombres y con distintas categorías jurídicas.

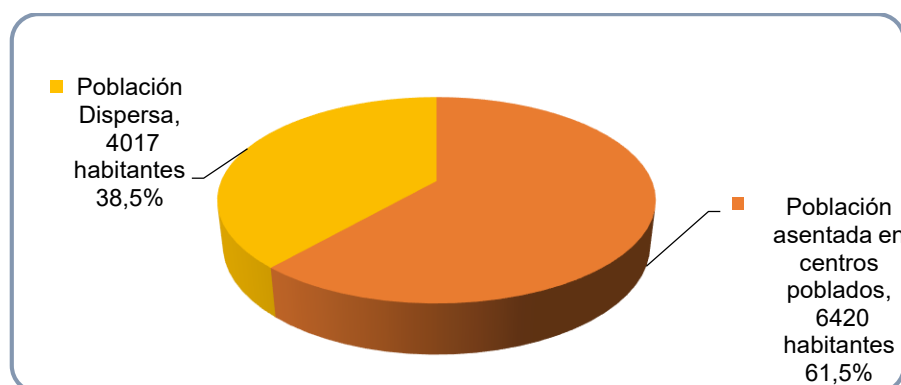
Tabla 4: Municipios menores y Comunidades/sectores/anexos

Nº	Centros Poblados	Comunidades o sectores de influencia
1	Pampa San José	Ccolccarama
		Challhuapukyo
		Huisupillo
		Villa Unión
		Piscocalla
2	Huanca Humuyto	Matara
		Ccaccampa
		Hatunrumiyuq
		Huayllani
		Mutca
		Asirhuri
3	Patán	Queuñapampa
		Ccocharara
		Ccocha Despensa
		Igmapata
		Ccosama
		Ccarmiscca
4	Huancascca	Huilluca
		Hapupampa
		Hapuro
		Pachucani
		Tambo
		Tulla
		Huascaypata
		Tinya Ripa
5	Antapunco	Peccoy
		Patahuasi
6	Llac-Hua	Llancama
		Kirhuaña
7	Ccocha	Alto Libertad
		Pampa Bellavista
		Laupay
		Mocabamba
8	Haquira	Antapampa
		Huancacalla Chico
		Huancacalla Grande
		Ccorina
		Pauchi Marcallac
		Huistac
		Cconchayoq
		Ccayao

Fuente: Plan de Desarrollo Concertado Haquira al 2021(2012)

Según el INEI (Censo de Población 2007) se reportan 14 Centros Poblados, de ellos 1 es urbano y los 13 restantes son rurales. La población asentada en centros poblados ascendía a 6420 habitantes representando el 61,5% de la población total, mientras la población asentada de manera dispersa ascendía a 4017 habitantes que equivalen al 38,5% de la población total.

Gráfico 7: Patrón de ocupación del territorio



Fuente: Censos Nacionales 2007 XI de Población y VI de Vivienda. INEI 2007.

De otro lado, de los 14 Centros Poblados (según INEI) en el distrito de Haquira, 12 tienen entre 151 a 500 habitantes, 1 entre 501 y 1000 habitantes y 1 entre 2000 a 3000 habitantes.

Tabla 5: Rangos de población por centro poblado en el distrito Haquira

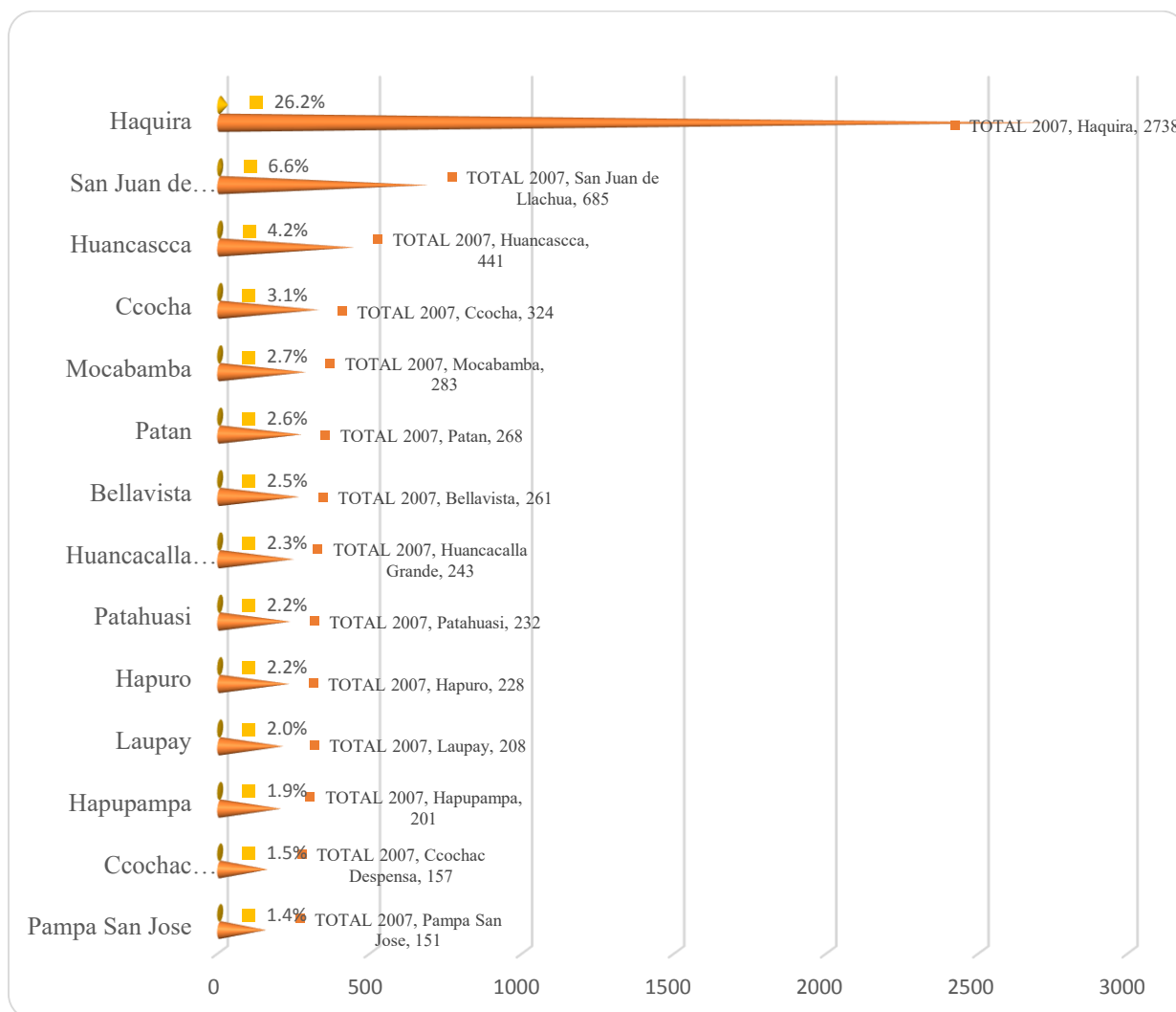
Rangos	Nº Centros Poblados	Nº Habitantes	Área	%
151 a 500	12	2997	Rural	28.7
501 a 1000	1	685	Rural	6.6
1001 – 2000	0	0		0.0
2001 – 3000	1	2738	Urbano	26.2
Población Dispersa		4017	Rural	38.5
Total	14	10437		100.0

Fuente: Censos Nacionales 2007 XI de Población y VI de Vivienda. INEI 2007.

El centro poblado que concentra mayor población es la capital del distrito de Haquira, que alberga al 26,2% de la población total del distrito, esto se explica por los servicios sociales que ofrece como educación superior, establecimiento de salud con mayor capacidad de referencia del distrito, servicios financieros, así como establecimientos comerciales, servicios de hospedaje y restaurantes y otros como la feria dominical, situándose entre una de las poblaciones más influyente e importante en términos de oferta de servicios en la provincia. El segundo Centro Poblado en importante se

constituye San Juan de Llachua, que tiene una población de 685 habitantes y representa al 6,6% de la población total del distrito; mientras los demás centros poblados tienen entre 151 y 500 habitantes.

Gráfico 8: Población por centros poblados 2007



Fuente: Censos Nacionales 2007 XI de Población y VI de Vivienda. INEI 2007.

2. Aspectos históricos

La orografía presenta montañas y picos elevados con pendientes pronunciadas, que forman valles y laderas en el que los poblados están asentados desde épocas antiguas. Por estas características desde otrora fue un territorio de difícil acceso. Pero su poblamiento fue un hecho ancestral como se comprueba por la presencia de restos arqueológicos hallados en zonas altas y atalayas, con cierto patrón de asentamiento disperso.

Los primeros asentamientos corresponden al intermedio tardío. Los restos hallados en Haqira, Chalhhuahuacho y Mara sugieren que las poblaciones que ocuparon estos territorios hubieran surgido a raíz de la desintegración del imperio Wari. Los asentamientos de Haqira señalan que también hubo influencia de cultura altiplánica (Carreño, 2010). Durante el horizonte tardío en dicha provincia estaban asentados los grupos yanawara y kotenera. Estos mantuvieron relaciones con los grupos Kutaqpanpas, chunpiwillkas, quechua y omasuyos. En lo que hoy es la capital distrital existía una waka sagrada de nombre Soqla qaqa, el cual era un sitio de peregrinación de grupos adyacentes, descendientes de los Wari (Llanque, 2007). El grupo de los yanawara fue el que tuvo más posesiones en el actual territorio de Haqira (Montes, 2015). Con la expansión del dominio de los incas el grupo de los yanawaras se sometió a su dominio, convirtiéndose en aliados con el título de “incas de privilegio” (Espinoza, 2011).

Con la conquista, la provincia de Cotabambas fue una intendencia de Cuzco. Haqira fue fundado por Carlos V Arredondo en el año 1708. Se instalaron los pueblos de San Pedro de Haqira y Asunción de Tambobamba para controlar la zona. Las actividades económicas que emergieron fueron la agricultura, ganadería y se puso más énfasis en la minería. En el territorio abundaba el mineral de la plata, razón por la cual allí se instaló la primera “caja real” del virreinato del Perú. La extracción de los minerales fue vertiginosa, es por ello que se lograron construir seis templos en la época de la colonia. Haqira se convirtió en centro hegemónico durante la época de la colonia y estuvo así hasta mediados del siglo XX. Además de ello se convirtió en una principal zona de articulación en el corredor de las “provincias altas” (Garzon, 1996).

Con el sistema de reducciones y el dominio español, las costumbres españolas se fundieron rápidamente. Se impusieron nuevas actividades económicas y nuevas costumbres. El sistema de poder, económico, jurídico y costumbrista giraba en torno al “sistema de hacienda” o administración étnica. La *waka* Soqla qaqa fue utilizada como cárcel para castigos propiciados en la extirpación de idolatrías. Se consolidaron los terratenientes y las profesiones legislativas (Peñalva, 1990).

El pueblo señorial de Haqira, con la independencia fue ubicado en la provincia de Cotabambas, la cual fue provincia de Cusco, aunque el régimen socioeconómico seguía siendo el mismo. Para inicios del siglo XX la economía básicamente fue de hacienda. El sistema de administración étnica siempre fue rechazado por parte de la población nativa

campesina. Gran parte de la historia estuvo plagada de revueltas y rebeliones, tanto mestizas como indígenas. Una de las primeras revueltas fue en los primeros años de la conquista, liderada por un anciano *yanawara*, que tuvo afanes mesiánicos (Espinoza, 1970). En 1730 se registró una revuelta indígena que rechazó el sistema de tributos (Montes, 2015). Para inicios del siglo XX las luchas campesinas tenían como objetivo el reclamo por la recuperación de tierras y en contra de los excesivos abusos de los terratenientes y funcionarios *mistis* (Valderrama & Escalante, 1981).

Gran parte del siglo XX el territorio estuvo asolado por el abigeato y el bandolerismo (Poole, 1991). El sistema predominante de la propiedad de la tierra fue el de haciendas y comunidades campesinas, pero organizados en ayllus (Arredondo, 1970). Este contexto fue propicio para el desenvolvimiento del abigeato. Las actividades institucionales se desarrollaban mayormente en función a juicios por robos y posesión de tierras. No se gestaron organizaciones políticas conectadas a la vida nacional. A pesar de estar cerca a los movimientos campesinos de La Convención y Andahuaylas. Solo hubo comisiones y grupos de profesionales de las leyes que seguían el juicio para la restitución de la provincia de Cotabambas que pasó a administración de la nueva provincia de Grau.

La reforma agraria llegó como una política impuesta “desde arriba” y tuvo efectos negativos principalmente entre los terratenientes. Con estas reformas se reorganizaron las comunidades y muchas se separaron de los ayllus tradicionales¹⁸ porque reunían condiciones para ser nuevas comunidades. Las organizaciones sociales fueron estructuradas para el control de las nuevas comunidades campesinas. Muchos de los terratenientes, que perdieron territorios, migraron a las ciudades para dedicarse a nuevas actividades. El sistema de pequeña propiedad de la tierra fue el que predominó. Las actividades económicas continuaron siendo la agricultura y ganadería mayormente. Se inició el comercio, pero en muy pequeño porcentaje. El transporte también apareció, pero no era significativo ya que se empleaba la movilidad por herradura.

La década de los ochentas parecía ser una continuidad de la década de la reforma agraria. Pero, muchas actividades se ajustaban a la anunciada llegada del grupo Sendero Luminoso. Pasaron varios años de rumores y “cuentos” sobre este grupo subversivo,

¹⁸ La organización de los asentamientos rurales estaba agrupada en ayllus. Esto fue estudiado ampliamente por Sofía Arredondo, 1970.

hasta que un 3 de diciembre de 1988 esos rumores tomaron vida cuando hicieron su primera aparición interrumpiendo una sesión de Concejo el local del Municipio. En medio del miedo y desconcierto, las autoridades fueron trasladadas a una casona cercana al Municipio. Mientras tanto los otros miembros de SL reunían a los pobladores en la plaza principal para llevar una Asamblea Popular. En su primera entrada, SL asesinó a cinco personas y de esa forma llegó a controlar el pueblo por medio de la intimidación. La cifra de víctimas mortales por manos de SL es de 15, entre asesinados y desaparecidos.

La intervención del Estado, luego de la declaración del Estado de Emergencia de la provincia y la instalación de la base militar en Haquira el 25 de marzo de 1989 significaron una intensificación del terror. Incluso, la instalación de la base militar abrió una etapa de mayor radicalización sustentada en el abuso del poder y la militarización de la cotidianeidad. En la memoria colectiva de los pobladores ha quedado la figura del capitán Otorongo como el personaje más representativo del tiempo de los militares. El recuerdo que queda de él son sus prácticas de violencia deshumanizantes. “El autoritarismo castrense sobrepasa los muros de la Base Militar extendiéndose a la población e institución civil en su conjunto” (Sullca, 2011, pág. 9). “El trato ya no era pues humano, te trataban peor que a un esclavo; las órdenes se cumplían. En la mañana, en la noche cualquier momento tenías que estar a la expectativa del silbato, del disparo para concentrarte en la plaza” (Sixto). Con el paso de los días el régimen militar convirtió a Haquira en un pueblo-cuartel. Las tradiciones locales fueron afectadas ya sea por la prohibición o por el excesivo control. Se prohibieron las reuniones nocturnas y las fiestas patronales solo se realizaron de día sin exceso de alcohol. Incluso el carnaval se realizaba con desfiles militares y la corrida de toros quedó totalmente prohibida.

Las fuerzas armadas y Sendero Luminoso se retiraron paulatinamente entre 1992 y 1994. Después de esto llegaron agencias nacionales e internacionales para reconstruir la vida de los haquireños. Quienes migraron buscando refugio iniciaron la marcha de retorno y nuevamente es repoblado el territorio de Haquira. Los trabajos de los programas del Estado, las ONGs y el Municipio se enfocaron en el desarrollo. Entre los programas e instituciones estaban FONCODES, MARENAS, CTAR, PRONOMACHS, PAR. Las organizaciones no gubernamentales nacionales y privadas fueron: CADEP, CARITAS, Adeas Qullana, Centro Bartolomé de las Casas, ANDIN, MASAL, IAA, CICDA. Esta última tuvo poca presencia debido a que en sus primeros años sus funcionarios fueron

asesinados por SL. La década del noventa representó una mayor presencia del Estado y el apoyo de ONGs.

Desde el año 2000 se puede hablar de otra época muy distinta a las décadas pasadas porque las actividades son organizadas desde el Municipio en articulación con las Organizaciones Sociales de Base. Las ONG's siguen cooperando para el desarrollo, pero el número va disminuyendo cada vez más. La capital distrital tiene mayor articulación con las ciudades de Cusco y Arequipa; las comunidades también tienen articulación más fluida con la capital distrital. Las actividades de comercio y transporte van en aumento y las actividades tradicionales agropecuarias van disminuyendo (Huillcahuanaco N. , 2008). Desde el anuncio de la puesta en marcha del Proyecto Minero Las Bambas el dinamismo económico es más fluido en términos monetarios y en oferta laboral. Con la apertura de nuevas carreteras, la disminución de horas de viaje a las ciudades, el aumento de los profesionales en la zona, los proyectos y obras municipales la zona urbana de Haqira tiene ahora otro nuevo rostro porque aparecieron nuevas dinámicas sociales.

3. Aspectos sociopolíticos

Desde la colonia el régimen económico se basó principalmente en la economía de hacienda. Quiere decir que la mayor parte de la producción se generaba en las haciendas (Roel, 1970). En estas se producían lana y productos como papa, chuño y maíz (Valderrama & Escalante, 1981). La economía de las comunidades fue básicamente de subsistencia. Durante la república la situación no tuvo cambios trascendentales. Se recuerda la imposición de la Ley de Conscripción vial que dio apertura de las carreteras con acceso a la ciudad del Cusco. Con esta nueva ruta surgió el sector del comercio de arrieros. Esta situación se mantuvo estable hasta el gobierno revolucionario de las Fuerzas Armadas en 1968, fecha a partir de la cual se instala una nueva situación económica que correspondía a la sustentación autónoma de las casas familiares. El grupo político Sendero Luminoso llegó en un momento en el que las comunidades tenían las cifras más altas de pobreza, las secuelas de Sendero agudizaron más la situación económica de carencia en las comunidades.

Como se observa, Haqira tuvo condiciones vulnerables durante gran parte de la historia, pero no estuvo excluida de la vida nacional. Desde la época prehispánica el lugar fue estratégico y los habitantes tuvieron privilegios de los wari e incas. Para la época de la colonia se volvió en un centro de administración de la economía, la política, la religión

y la justicia. Pero, debido a condiciones geográficas y el alejamiento a los núcleos urbanos padeció una “exclusión política”, lo que limitó el acceso a los servicios básicos como la educación, la salud, etc. La educación fue administrada para la instrucción de los hijos de familias honorables hasta la década de los años 20, luego se amplió la oferta dando instrucción a hijos de campesinos “ricos” y recién desde 1941 se dio instrucción pública, aunque limitada, en un local comunal (Arredondo, 1970). En la salud, no hubo un servicio público, solo fue atendida por la medicina tradicional y sus agentes. Solo las familias de hacendados tenían la posibilidad de ser atendidos en hospitales de Cusco. El primer establecimiento de salud que se estableció en sus orígenes como botiquín se instaló en los años cincuenta. Ese botiquín pasó a ser posta médica y actualmente es un Centro de Salud.

El problema de la pobreza fue una constante. Las actividades de agricultura y ganadería, ya sea de hacienda o de campesinos, siempre fue escasa. Algunas pocas haciendas tenían la posibilidad de comerciar con las ciudades vendiendo lana y productos como chuño y papa. A veces, cuando no podían abastecerse recurrían a la expoliación de los recursos campesinos (Arredondo, 1970). El problema de la pobreza se agravó para la década de 1940 y se intensificó el fenómeno del abigeato (Poole, 1991). El abigeato era un fenómeno que tenía presencia desde los tiempos del virreinato. *“Desde las primeras décadas de la Republica, la violencia fue un elemento inherente al ejercicio del poder en las provincias altas de Cusco y Apurímac. El abigeato fue una de sus expresiones. Su expansión fue facilitada por la debilidad del Estado liberal, combinada con las ambiciones de hacendados y autoridades”* (Poole, 1991, pág. 13).

La situación de pobreza estuvo acompañada de un complejo de problemas sociales, tanto en las unidades domésticas como en la comunidad. Aparte del abigeato y de los problemas de justicia, también se inscriben el alcoholismo y la violencia doméstica como comportamientos difundidos dentro de la población. Durante esos años la cifra de muertes maternas alcanzo sus mayores índices. Además, en el registro de fallecidos, la gran mayoría corresponde a enfermedades curables. Se atribuye que el marasmo social de esas décadas fue el causante de esa situación de muertes que se pudieron evitar. Eso problemas fueron identificados como los más urgentes y en la década de los noventa se emprendieron acciones para combatirlos.

El grupo Sendero Luminoso llegó a fines de los ochentas, en una época en donde se vivía una reciente apertura a la vida nacional. Pero aún se tenían las cifras más altas de pobreza y de los problemas sociales de violencia y alcoholismo que ya estaban en la agenda de las políticas sociales, pero que aún no se combatían. Un rasgo característico fue desorden social en medio de los problemas de carencia de servicios básicos, a lo que Durkheim llama anomia. Esta situación de anomia se “arregló” con la militarización del distrito. Con la llegada del capitán Otorongo se asignaron autoridades distritales que funcionen, se reorganizaron las organizaciones de base, se impartieron tareas a los pobladores y prohibieron muchas actividades costumbristas.

Para la década de los noventa se experimentó una situación de mayor articulación económica, política y social. En esta década se prestó atención a la construcción de infraestructura. Se construyeron carreteras, colegios, hospitales y espacios recreacionales. Un factor para el dinamismo económico fue la mayor conexión con las ciudades de Arequipa y Cuzco. Por el lado de Cuzco la carretera de Izcuchaca articulaba a los distritos de Coyllurqui, Cotabambas y Tambobamba. Los distritos de Haquira, Mara y Challhuahuacho también se conectaron a Tambobamba. *“El transporte permite la interconexión cada vez más rápida, barata y fluida entre estos distritos, movimiento que ha supuesto el establecimiento de un denso entramado de flujos, tanto materiales como de equipamiento”* (MarcadorDePosición1pág. 357). La construcción de esta carretera ha contribuido al desarrollo económico y social de las capitales distritales y sus comunidades.

Con la apertura a la vida nacional y la mayor intervención del estado con sus programas y el apoyo de las ONG's, el Distrito de Haquira tuvo mayor control de sus organizaciones sociales. La mayoría de las propuestas ciudadanas se canalizaron en el Municipio Distrital de Haquira. Es así que se empieza hablar del proceso de construcción de la concertación.

“Para entender el surgimiento de la concertación en Haquira hay que referirnos a la experiencia laboral del alcalde William Gonzales, promotor y funcionario del Centro Internacional de Cooperación para el Desarrollo Agrícola –CICDA- y CADEP, que observo la situación social de su distrito y se propuso promover políticas de participación de la población” (Landa, 2004, pág. 59).

Tal conocimiento de la realidad fue producto de los estudios de las ONG's, como es el caso de CICDA, que hizo un diagnostico socioeconómico de Haqira y Mara. Estas ideas concertacionistas se desarrollaron por Gonzales por su participación en ONG's, su acceso como regidor al municipio, de manera que cuando accedió a la alcaldía en 1999 pudo aplicar sus ideas.

“En efecto, la Mesa de Concertación de Haqira fue un proyecto planteado principalmente por este ex alcalde y surge con una propuesta muy bien elaborada y bastante planificada” (Landa, 2004, pág. 59). Desde su programa de gobierno propuso diez lineamientos básicos que incluía a jóvenes, mujeres e instituciones para involucrarlos en las decisiones locales y formar alianzas con otras instituciones vecinas. Esos objetivos se lograron con la creación de la Asociación de Municipalidades de la Cuenca de Santo Tomas, de la Federación Distrital de Comunidades de Haqira, del Comité de Mujeres, una organización de jóvenes y la práctica de las políticas de concertación.

Tabla 6: Instituciones frente a la concertación en Haqira (2004)

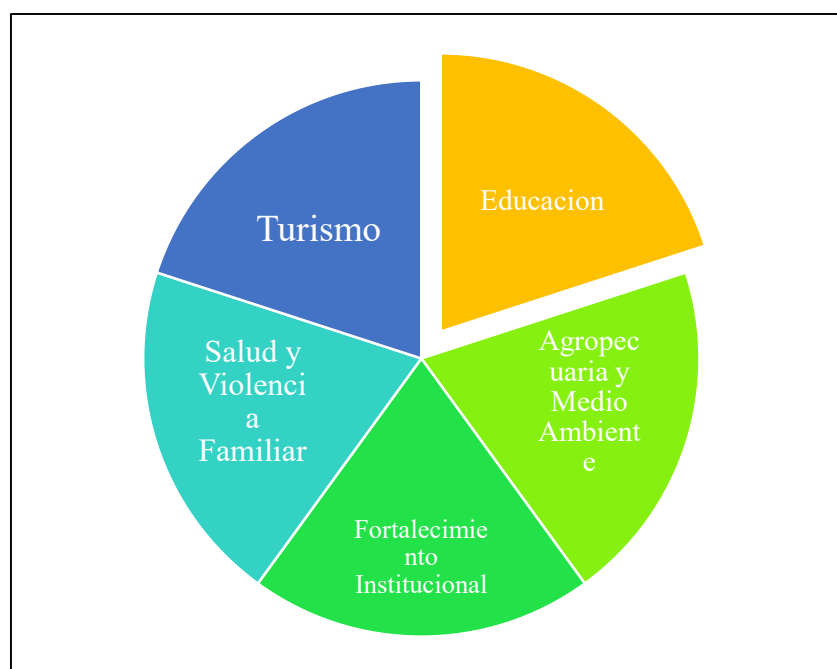
	Participan	No participan
Estatales	Municipalidad Distrital de Haqira Gobernatura FONCODES MARENAS Sede del Ministerio de Salud Sede del Ministerio de Educación Policía Nacional del Perú CTAR Apurímac PRONAMACHS PAR Apurímac Sede del Ministerio de la Presidencia	
Privadas	CADEP CARITAS Adeas Qullana Centro Bartolomé de las Casas ANDIN MASAL IAA CICDA	
De base	Federación Distrital de Campesinos de Haqira Comunidades Campesinas Comités de Vaso de Leche Clubes de Madres y Organización de Mujeres Asociación de Mujeres de Haqira Asociación de Jóvenes de Haqira Colegio José María Arguedas	Comités Funcionales

Fuente: Ladislao Landa, 2004.

Un logro importante para la gestión fue la elaboración del Plan Estratégico de Desarrollo del Distrito de Haqira al 2010, publicado en enero del 2000, en el cual participaron autoridades, pobladores y con el apoyo del Centro Bartolomé de las Casas. Esto se formó con reuniones previas, de manera que las mesas iniciales dieron origen a la Mesa de Concertación para el Desarrollo Distrital de Haqira. Esta Mesa de Concertación se formó de manera independiente a pesar de que ya se había normado desde el gobierno.

Otras de las actividades fueron las campañas contra el abigeato y el alcoholismo. Se hicieron marchas de sensibilización sobre estos problemas, estas campañas estuvieron dentro de la Mesa de Concertación. Dentro del Plan Estratégico se consideraron cinco mesas temáticas: Mesa de Salud y Violencia Familiar, coordinada por MINSA; Mesa de Educación, coordinada por el sector Educación; Mesa Agropecuaria y del Medio Ambiente, coordinada por CARITAS; Mesa de Fortalecimiento Institucional, coordinada por CADEP y la Mesa de Turismo. Esta última no logro consolidarse.

Gráfico 9: Mesas temáticas del Plan Estratégico de Desarrollo Concertado 2000 al 2010



Fuente: Ladislao Landa, 2004. (elaboración propia)

En estos últimos quince años las Organización Sociales de Base son los principales entes de decisión política, canalizados en las instancias de participación ciudadana del Municipio Distrital. Asimismo, el Municipio ejecuta diversos programas, proyectos y obras, cada vez más debido al aumento del presupuesto. Las comunidades vienen

mejorando sus condiciones de vida. A esto hay que sumar el apoyo del Fondo Social Las Bambas (FOSBAM). En aras de contribuir con el desarrollo de las poblaciones de la provincia de Cotabambas, el Proyecto Las Bambas ha implementado una serie de programas sociales que buscaron mejorar la calidad de vida de las familias en Cotabambas, dichos programas sociales se direccionaron bajo diversas líneas de acción, entre las principales se tiene: desarrollo económico productivo, educación y cultura, salud y nutrición, infraestructura vial y de comunicaciones. Entre el 2006 y el 2016 el FOSBAM ha implementado los siguientes proyectos en el ámbito de Haqira¹⁹: Implementación de cobertura y prestación de servicios de telefonía móvil; Programa de capacitación docente Las Bambas; Implementación de centros de cómputo en instituciones educativas superiores y colegios; Proyecto de prácticas pre-profesionales para estudiantes de institutos superiores; Concursos de danzas folklóricas “Hamuy Tusumusun” (Ven, vamos a bailar); Fiestas culturales, carnavales y concursos de danzas; Campañas navideñas y Programa de becarios.

Ilustración 2: Feria Distrital por las fechas de la festividad de la Virgen del Rosario



Fuente: Fotografía de Marco A. Astete Checaña, 2017

¹⁹ Fuente: página FOSBAM

4. Cambios sociales

La bibliografía existente sobre la vida cotidiana en la zona rural andina durante el siglo XX relata sobre formas particulares de vivir, pero que se pueden hallar ciertos patrones en común (Diez, 2007; Monge, 1994). El caso de Haquira no escapa de la tendencia nacional. La vida en el siglo XX no difería con el contexto del virreinato. Se mantenían las costumbres formadas durante el virreinato producto de la transculturización, las actividades de la ganadería y agro eran las fundamentales; el incipiente transporte por acémilas estaba concentrado en manos de terratenientes; se vivía con los problemas de antaño, relatados en la literatura indigenista. Los cambios se originaron en la paulatina intervención del Estado y los elementos modernos de tecnología.

Waldo Valenzuela hace una caracterización sobre los pobladores de las provincias de Grau y Cotabambas, que incluye a Haquira. Según este autor, en los últimos años del siglo pasado, *“la gran mayoría de ellos se dedican a las actividades que están ligadas a sus costumbres, a sus tradiciones, como la agricultura y la ganadería, las mismas que están unidas a la madre tierra, es como el hijo que está unido por el cordón umbilical a su madre”* (Valenzuela, 1999, pág. 75). A esto añade sus costumbres de la siguiente forma:

“son toreros, jinetes, galleros, laceadores, grandes conductores y arreadores de ganados cerreros, domadores de potros salvajes, jugadores de su vida en las corridas de toros, cantores de sus costumbres, amantes permanentes de sus cholas, enamorados apasionados, agricultores de cereales y tubérculos, pastores de ganados, en todo caso son aquellos que realizan actividades de acuerdo a la realidad de las costumbres, de las tradiciones de los pueblos andinos, de la región serrana [...]” (Valenzuela, 1999, págs. 75-76).

Los cambios más significativos para la vida de los pobladores luego de la colonia, se hicieron visibles con la Reforma Agraria del gobierno revolucionario de las Fuerzas Armadas. Pero, estos cambios se tornaron más sustanciales a partir de la década del 90. El haquireño se muestra vestido, generalmente, con un sombrero de oveja y un poncho adornado de pallaes para el frío. Y la haquireña va vestida con pollera con bordados barrocos en detalle minimalista y una lliclla en el hombro. Se moviliza mayormente en caballo el cual anda ataviado de lazos y alforjas (García R., 2014). Pero, con los cambios, similar al caso de Ayabaca, que describe Diez, la lana de oveja o el algodón han sido

reemplazados por lana industrial, el cuero crudo por el caucho, la madera artesanal por el caucho o metal, y acompañan a su atavío una radio o grabadora para escuchar las primicias de huaynos. *“Los cambios -no visibles- en su apariencia son indicios de los cambios en sus actitudes, en sus relaciones sociales concomitantes y sobre todo del proceso social y político de la sierra de los últimos veinticinco años”* (Diez, 2007, pág. 155).

Los cambios se dieron tanto en la cultura material como en el comportamiento producto de *“la mayor integración al espacio regional y nacional por el desarrollo de los medios de comunicación y la generalización del comercio, como por la masificación de la educación”* (Diez A. , 2007, pág. 156). Los cambios en la estructura agraria son acelerados por la reforma agraria que dejó de lado la producción parcelaria por la presencia de la comunidad. Asimismo, el apoyo externo o del Estado permitió el desarrollo de comportamientos modernos dando paso la formación de nuevas organizaciones sociales de base como la Federación de Comunidades Campesinas, Organizaciones de Mujeres y Organizaciones Juveniles. Las necesidades económicas fueron resueltas por formas de organización colectivas alternando con comportamientos individualistas.

“La modificación de algunos hábitos de consumo en la alimentación, vestimenta y vivienda, un incremento de los medios de comunicación y la disminución de la violencia son resultado de los procesos que han afectado al conjunto de la sociedad rural y muestra de las transformaciones y permanencias en el comportamiento cotidiano, la cultura material y las actitudes de la población de la sierra peruana” (Diez A. , 2007, pág. 156).

El caso de la vestimenta es lo más visible, que se pueda comprar de los comerciantes hizo que se emplee la lana sintética y que la moda se uniformice a pesar de las diferencias locales distinguidas a través del traje. Antiguas actividades vinculadas al autoconsumo ahora son destinadas al mercado como la crianza de ovinos, la producción de la lana de alpaca, de maíz blanco y del chuño. Los intercambios por trueque son reemplazados por el uso de la moneda. La migración definitiva o permanente es remplazada por la migración estacionaria porque las condiciones del distrito son mejores y pocos deciden abandonarlo.

La sociedad que fue particularmente violenta o “brava”, ha disminuido sus cifras de violencia en el maltrato a las mujeres y los pleitos callejeros, por la intervención de ONG’s. Asimismo, desde el Municipio Distrital de Haquira, con la cooperación de varios aliados se decidió confrontar la violencia doméstica, el alcoholismo y el abigeato. Pero, en las comunidades todavía abundan las peleas por problemas de tierras, mujeres o simple pasatiempo. Las peleas y muertes subsecuentes han disminuido por la mayor relación regional a través de las carreteras y la aplicación de las leyes por las rondas campesinas. En suma, los cambios más grandes se deben a la mayor articulación con la “modernidad”. La canción Mi carreterita en género de huayno, interpretado por Tula Cajígas y el Conjunto Kutaqpanpa, da cuenta de estos cambios:

*“Mi carreterita Cusco Cotabambas
adornadita de curvas y rectas
tú vas recorriendo subidas bajadas
en su travesía a mi Cotabambas.*

*Quebrada profunda de mi Wallpachaka
cavado por agua del rio Apurímac
antes temido por fuertes jinetes
ahora temido por diestros choferes”.*

Como muestra la canción, los caminos de herradura caracterizaron a esta zona andina del país, el cual dio motivo para formar diestros jinetes y con los cambios actuales esos jinetes viajeros pasarían a ser choferes. “El acceso por carretera es sin duda uno de los mayores factores de la «modernización» -y, más que este, la generalización o regularización del transporte” (Diez A. , 2007, pág. 158). Los viajes de Haquira a Cusco antes demoraban una semana. Se tenía que dar una completa vuelta por Santo Tomas, Espinar, Sicuani, Urcos. Luego se abrió la carretera Cusco-Cotabambas, que duraba entre 20 y 30 horas, atravesando por el temido Wallpachaca que está en el cañón del Apurímac. Para llegar a Arequipa el viaje también era de una semana. Con unas mejoras en la carretera de Espinar se disminuyó el trayecto a tres días. Estas carreteras permiten la salida de productos como frutas, cosechas y derivados de la ganadería, pero también permiten el ingreso de las mercancías de las ciudades. De esta forma las capitales distritales y provinciales se consolidaron como puntos de abastecimiento. Las ferias tradicionales ya no son las únicas oportunidades para comprar productos, solo permiten conseguir más barato los productos. Ahora hay comercio local permanente y el número de establecimientos está en aumento, incluso se pueden encontrar en las comunidades.

Estos cambios tuvieron un periodo de aproximadamente quince años, entre 1990 y el 2005. Porque luego del año 2005 se abrió un nuevo periodo en la historia de Haquira debido a la intromisión de la actividad minera a gran escala le dio otro nuevo rostro a este distrito (Salas & Ttito, 2014; Alvarez, 2014). En el caso de Haquira y Challhuahuacho:

“el desarrollo minero intensificó significativamente la capacidad de transformación como consecuencia de la construcción de la red vial que no sólo dinamizó su entorno de influencia, sino creó toda una reconfiguración alrededor de la actividad minera y permitió la organización compleja en distintos puntos, lo que llevó a dar al ordenamiento del territorio una estructuración o jerarquización funcional que favoreciera a las economías de escala” (Huillcahuanaco N. , 2008, pág. 354).

La gestión de bienes públicos colectivos como la educación, formación técnica, infraestructuras, ayudas sociales, salud, se diversificaron y consolidaron la densidad de las relaciones entre los actores. *“El desarrollo de esta red vial y la consecuente exploración de la minera permite que este territorio tenga la ventaja y la posibilidad de acceder a un mercado cada vez más amplio, a nivel departamental y regional, abierto y competitivo”* (Huillcahuanaco N. , 2008, pág. 359). La capacidad de equipamiento y acondicionamiento también aumentó, enfocándose en compras de maquinarias, material de cómputo, sistema de telefonía, bodegas de refrigeración, servicios de conexión de agua y luz. Las actividades económicas cambiaron drásticamente. Según el censo de 1993 la actividad predominante era la agropecuaria. Para el 2005 las actividades que predominaban son la minería, transporte y el comercio.

Tabla 7: Cambios en las actividades económicas

Actividad	1993		2005	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Agrícola	1105	29.02%	583	15.31%
Ganadería	1148	30.15%	590	15.49%
Comercio	256	6.72%	1500	39.40%
Minería	1206	31.67%	1625	42.68%
Transporte y comunicaciones	95	2.49%	1453	38.16%

Fuente: INEI. Agenda Nacional de Desarrollo Regional Apurímac – 2005.

Producto de estos acondicionamientos el rostro actual de Haquira muestra una capital distrital con disposición urbana y centros poblados más articulados a sus comunidades y anexos. La llegada del Proyecto Las Bambas, los grandes proyectos de infraestructura

son las principales causas para el nuevo rostro. Se podría decir que desde el 2010 se dio un nuevo impulso para la dinamización en el entorno social, político, económico y cultural. Desde la construcción de la ciudad Nueva Fuerabamba, en Haquira se instalaron hostales, restaurantes y esto impulsó el florecimiento de la economía local (Salas & Ttito, 2014). Las instancias de representación participación se tornaron más politizadas. Aumentaron los conflictos sociambientales y las costumbres locales se revitalizaron.

5. Situación epidemiológica

El perfil epidemiológico de la región Apurímac y la provincia de Cotabambas presenta malos índices de salud y una reducida cobertura del sistema público. Quiere decir que no difiere mucho del contexto nacional de las poblaciones rurales andinas en situación de pobreza y con dificultades de acceso a servicios básicos.

Una de las primeras características de la epidemiología de la zona es los altos índices en morbilidad relacionado con las IRA. Las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan el primer lugar de enfermedad con 47 por cada 100 consultas. Como segundo lugar lo ocupan las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares con un 12%. Las enfermedades parasitarias son otro grupo importante con el 12%. Le siguen las enfermedades como infecciones intestinales con un 5% y las enfermedades del ojo que registran un 4%.

Otro aspecto negativo que viene arrastrándose desde varias décadas es la alta tasa de desnutrición infantil. Para la evaluación del 2008, el 53% de niños entre 0 a 3 años presentaron un cuadro de desnutrición crónica. Cifra provincial que no solo supera los promedios de la región (43%), sino también del país (25%).

Los problemas relacionados a la salud materna han sido superados, principalmente en el aspecto de mortalidad materna e infantil. Aunque todavía se registran problemas relacionados al embarazo, parto y puerperio o la presencia de embarazos adolescentes. Pero todavía se observan situaciones de problemas sociales que conllevan a problemas en la salud; esto se da con el alcoholismo que genera altos índices de violencia, maltrato contra la mujer, desintegración familiar, conflictos interfamiliares, crisis comunal.

Tabla 8: Establecimientos de Salud en Haqira

Nombre del establecimiento	Clasificación	Tipo	Dirección	Categoría
PISCOCALLA	PUESTOS DE SALUD O POSTAS DE SALUD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO	CENTRO POBLADO DE PISCOCALLA	I-1
PAMPA SAN JOSE	PUESTOS DE SALUD O POSTAS DE SALUD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO	COMUNIDAD PAMPA SAN JOSE S/N	I-1
ANTAPUNCO	PUESTOS DE SALUD O POSTAS DE SALUD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO	COMUNIDAD ANTAPUNCO	I-1
HAPURO	PUESTOS DE SALUD O POSTAS DE SALUD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO	COMUNIDAD HAPURO	I-1
MUTUHUASI	PUESTOS DE SALUD O POSTAS DE SALUD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO	COMUNIDAD MUTUHUASI S/N	I-1
HAQUIRA	CENTROS DE SALUD CON CAMAS DE INTERNAMIENTO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON INTERNAMIENTO	CALLE AUGUSTO B. LEGUIA S/N	I-4
CCOCHA	PUESTOS DE SALUD O POSTAS DE SALUD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO	COMUNIDAD CCOCHA S/N	I-1
HUANCCASCCA	PUESTOS DE SALUD O POSTAS DE SALUD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO	CALLE APURIMAC S/N	I-2
QQUEUÑAPAMPA	PUESTOS DE SALUD O POSTAS DE SALUD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO	COMUNIDAD QUEUÑAPAMPA	I-1
PATÁN	PUESTOS DE SALUD O POSTAS DE SALUD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO	CENTRO POBLADO PATÁN S/N	I-2
LLAC-CHUA	PUESTOS DE SALUD O POSTAS DE SALUD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO	CENTRO POBLADO MENOR LLACCHUA	I-2
MOCABAMBA	PUESTOS DE SALUD O POSTAS DE SALUD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO	COMUNIDAD MOCABAMBA S/N	I-1
HUANCA UMUYTO	PUESTOS DE SALUD O POSTAS DE SALUD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO	COMUNIDAD HUANCA UMUYTO S/N	I-1
CHOQUEMAYO	PUESTOS DE SALUD O POSTAS DE SALUD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO	CENTRO POBLADO DE CHOQUEMAYO	I-1

Fuente: SUSSALUD, 2016.

Haqira tiene orígenes prehispánicos; pues los primeros en asentarse en estos territorios fueron grupos pertenecientes a la cultura Wari. Posteriormente la zona fue dominio de

la nación Qheshwa con el grupo Yanawara, que más tarde fueron conquistados por los incas. Con la conquista, el lugar pasó a la dependencia de la provincia de Cotabambas, que fue una intendencia de Cuzco. Las actividades económicas que emergieron fueron la agricultura, ganadería y se puso más énfasis en la minería. Haqira se convirtió en centro hegemónico durante la época de la colonia y estuvo así hasta mediados del siglo XX. Además de ello se convirtió en una principal zona de articulación en el corredor de las “provincias altas” (Garzon, 1996). Las actividades económicas vinculadas a la agropecuaria fueron básicamente de subsistencia y dieron paso a que el patrón de asentamiento sea disperso y básicamente rural. Recién los cambios de estas últimas décadas abrieron paso a la urbanización y el desarrollo de la actividad del comercio en menoscabo de las actividades tradicionales (MarcadorDePosición1). La principal actividad económica de Haqira, en el área urbano, es el comercio, a esta actividad le siguen el transporte, el agro, la ganadería y el turismo.

Ilustración 3: Calle de acceso al Centro de Salud de Haqira



Fuente: Fotografía Marco A. Astete Checaña, 2017.

El dinamismo de esta sociedad en relación a los componentes sociales, políticos y económicos han percutido en transformaciones estructurales modificando las estrategias de subsistencia, en el que se muestra la contraposición de una economía mercantil y una de subsistencia. Así también la proletarianización de sectores campesinos como mano de

obra asalariada en la gran minería, junto con la debilitada economía consumista de los campesinos conllevan a una fuerte dependencia hacia la economía empresarial para la generación de ingresos para suplir las necesidades básicas de educación, vivienda, salud, etc. Esta formación de dualización de la estructura económica ha generado la disminución de las posibilidades de subsistencia basadas en actividades económicas tradicionales. Por ello, la salud de los haquireños se enmarca en un escenario, donde las condiciones de vida, la precariedad creciente y las relaciones urbano-rurales, han modificado el sistema de valores, concepciones y prácticas médicas auténticas. “Esta situación erosiona las posibilidades de transmisibilidad de conocimientos tradicionales y prácticas médicas autónomas, que comienzan a integrar y depender de las pautas y protocolos de salud propios del sistema biomédico” (Chamorro & Tocornal, 2005, pág. 120).

Capítulo 3

Sistema de salud en Haqira desde la antropología

En este capítulo se analizan las concepciones sobre salud y enfermedad y se describe las prácticas de los agentes y su terapéutica, dando cuenta de las manifestaciones de contenidos tradicionales y las demandas de salud en el contexto de sus características sociales, culturales y económicas de la población de Haqira. Esto se hace desde la consideración de que los sistemas de salud son un “conjunto organizado de recursos humanos, tecnologías y servicios específicamente destinados al desarrollo y prácticas terapéuticas para la atención de la salud individual o colectiva” (Pedersen & Baruffati, 1989, pág. 488). La mayoría de los sistemas de salud son pluralistas (Koss-Chioino, 2004), aunque en una determinada localidad tiene sus características particulares que obedecen a sus valores funcionales (Borja, 2010), en las que el patrón común es que las prácticas de diferentes tradiciones médicas se combinan y alternan, formando relaciones de competitividad o complementariedad (Menéndez, 2005).

En el Perú se ha generado una gran cantidad de evidencia sobre prácticas y concepciones de salud, enfermedad y muerte en población rural con arraigo tradición, muy pocos han abordado la pluralidad de los sistemas de salud. La mayoría de los estudios se han basado en el supuesto de una medicina tradicional heredera del pasado prehispánico que aún sobrevive entre las poblaciones originarias. Lo cual fue toda una tendencia desde los estudios folklóricos y de la corriente del indigenismo. Lo que también hizo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) defina a la medicina tradicional como el conjunto de prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias físicas, mentales y espirituales, aplicadas de forma individual o colectiva para mantener el bienestar. La medicina tradicional, en ese sentido, representa un rol fundamental en las políticas públicas nacionales e internacionales que destacan en la *“necesidad de un enfoque integral de la salud, el derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas, el respeto y revitalización de las culturas indígenas y la reciprocidad en las relaciones entre los actores involucrados en los procesos de la biomedicina y las medicinas tradicionales”* (Cardona-Arias, 2012, pág. 632). Además, la OMS plantea integrarlo al sistema oficial de salud, fomentar su seguridad, eficacia y uso apropiado por parte de sus proveedores y consumidores, e incrementar su disponibilidad. La directriz internacional de implementar la medicina

tradicional ha sido obstaculizada por la subvaloración o por asumir que la medicina occidental es el único modelo de comprensión del mundo o sentenciar los sistemas médicos indígenas de homogéneos y esotéricos, descontextualizados.

1. Ideas y conceptos sobre salud/enfermedad

1.1. Concepción de salud

En la teoría médica tradicional el concepto de salud coincide con equilibrio. La terminología de realidad no es aplicable a la cosmovisión andina en la medida que se refiera lo material y concreto. Lo real se extiende a lo invisible y sobre natural, por consiguiente, el equilibrio es la relación armónica de las dos partes del mundo: material y espiritual. El equilibrio se da a nivel de la relación de la persona con los espíritus que lo rodean, con su entorno comunal y con su propia historia. *“En los andes, la salud sobrepasa los límites de la persona, involucra necesariamente a los dioses y a la sociedad: la persona humana se reconoce como tal en cuanto es persona social”* (Polia, Consideración culturales acerca del rol y eficacia de la medicina tradicional andina, 2009, pág. 102). La concepción de la salud es marcada por su cosmovisión del mundo, territorio y los distintos planos de la realidad (Quevedo, 2012). A pesar del mestizaje desde el siglo XVI y la creciente globalización aún se mantiene la cosmovisión andina y una de las formas más visibles de esta es en el ámbito de la salud. La cosmovisión andina marcaba una matriz cultural propia antes de la llegada de los españoles. *“La matriz de una cultura está constituida por un conjunto de principios, pilares, columnas o fundamentos que sostienen lo que podría considerarse metafóricamente su edificio”* (Montoya, 2010, pág. 483). Los principios más importantes de lo que puede ser la matriz de la cultura andina son: a) El concepto de ayllu entendido como un conjunto de parientes; b) Entre los quechuas y la naturaleza debe existir una relación de armonía y de gratitud; c) La organización del espacio y las instituciones sociales es dual en función de la verticalidad ecológica, los conceptos de arriba y abajo; d) La reciprocidad o la lógica del don (dar y recibir, dar esperando recibir y recibir comprometiéndose a devolver); e) La competitividad entre las dos partes del ayllu como recurso productivo y social y como un modo para afirmar el prestigio de las identidades sociales e individuales; f) Una ética del trabajo, de la verdad y de la honradez como ideales de las virtudes mayores de las personas; g) El trabajo asociado a la fiesta, entre las dos formas de cooperación: ayni y minka; h) La diversidad biológica buscada al tratar de sembrar todos los productos agrícolas posibles; i) Unidad de lo colectivo e individual, a partir del

primado de lo individual-familiar sobre lo colectivo; j) En su universo religioso coexistían la esfera estatal y local con relación entre sí; k) En el espacio político, el puesto de inca era considerado como un privilegio reservado a los hijos del sol, hombres poderosos a quienes los hombres y mujeres de los ayllus no tenían el derecho de mirar directamente a los ojos; l) En materia de educación la norma era enseñar con el ejemplo, con los ojos y las manos, observando y haciendo.

Estos principios de ayllu, armonía, dualidad, reciprocidad, competencia, virtudes en la ética, cooperación, diversificación biológica, unidad de lo colectivo-individual, tolerancia religiosa, enseñanza con el ejemplo, desde el plano de la cosmovisión estaban enmarcados en un nivel espiritual. En esta cosmovisión, el mundo tiene vida, está lleno de espíritus. Cada actividad o cosa estaba reglada por la intercesión de los espíritus. De las épocas pasadas, esto se puede ver en los mitos recogidos en las crónicas, tejidos y pictografías en ceramios; también hoy se puede ver en los sueños, en los rituales, cuentos y canciones reproducidos por los pobladores de Haquira.

En el aspecto de la salud la cosmovisión del hombre andino parte de una concepción dual del universo. Los principios fundamentales del universo están en una permanente oposición complementaria y coexistente. Parte del principio fundamental de la oposición de lados *paña* (derecha) y *lloq'ë* (izquierda). Estas dimensiones expresan dos dimensiones de vida, dos tiempos diferentes de vida: *wari* (tiempo que paso), *machu* (viejo), *ñawpa* (antiguo), *soq'a* (cadáver de machu); y su oponente *enqa* (presente, vida y luz). La muerte es una dimensión de la vida o simplemente otra vida porque es antagónica de esta vida. La enfermedad puede llevar de esta vida a la “otra vida”; pero también se puede volver de la otra vida con la idea de *pachakuteq* (Carmona, 2009).

Un primer aspecto tiene que ver con la multidimensionalidad de la cultura basada en su cosmovisión. Estar sano significa estar en buenas condiciones en todas las dimensiones: físicas, emocionales, mentales y espirituales. Esto comprende a los ámbitos a nivel individual, familiar, comunal, ambiental. Entre las dimensiones se busca el equilibrio y entre los ámbitos se aspira el equilibrio. Uno de los principios en la concepción de la salud es el equilibrio. Esto designa a una situación en que se encuentra la persona cuando las fuerzas que actúan sobre él se compensan y anulan mutuamente. Quiere decir que:

“la salud del mundo indígena puede definirse como el satisfactorio estado de equilibrio entre naturaleza, grupos sociales, individuos y el resultado de la

aplicación adecuada de lo que, para cada pueblo, es el buen vivir. Se refiere a la aplicación de normas, comportamientos y su explicación, respecto de las relaciones, individuales o colectivas, con la naturaleza y sus colectivos” (Lacaze, 2010, pág. 6).

El concepto de salud obedece a una visión holística de la realidad donde la salud abarca lo individual, familiar y comunitario y busca el equilibrio. Es la armonía de dimensiones físico-biológica, histórico-cultural, natural y espiritual. Lo físico incluye el bienestar corporal, lo histórico-cultural define la comprensión sobre el origen, desarrollo y resolución de la enfermedad en condiciones específicas de la tradición; la dimensión de lo natural incluye a los elementos de la naturaleza, sus fenómenos físicos y sus espíritus; y la dimensión espiritual dota el sentido entre el bien y el mal a las personas. Estas dimensiones no son interdependientes sino

“constituyen una unidad dialéctica, en la medida que todas se contienen, en la dimensión natural coexisten elementos de la madre naturaleza y sus espíritus, lo espiritual es un elemento distintivo de la historia grupal y todas, la natural, la histórica y la espiritual, determinan la presencia de las afectaciones físicas-biológicas” (Cardona-Arias, 2012, pág. 635).

La causa de la enfermedad obedece a desórdenes alimenticios, al desequilibrio con los espíritus y presión por terceras personas que manipulan los espíritus negativos.

En el caso específico de Haquira existen denominaciones para designar a la condición de estar bien. Entre las más comunes están el de “bien”, “sano”, “*allin*”, “*qhali*”. El estar “bien” denota una condición de ausencia de problemas económicos, judiciales, morales, venturosos. Quiere decir que va más allá de las enfermedades biológicas. El estar “sano” se ciñe más a la condición de salud ya sea a nivel físico, emocional o mental. En el quechua no se tiene un término para la palabra “salud”. Se sugiere que “*allin*” puede ser equivalente de salud. “*Allin*” significa bien o bueno y esto no se restringe a la salud en términos biomédicos. Este término, al ser un adjetivo designa la condición de varias cosas y hechos. Con la denominación “*allin kawsay*” se puede restringir a los aspectos humanos y puede ser traducido como vivir bien o estar bien. *Allin kawsay* puede ser equivalente de “bien”, que se describe más arriba. Al no abarcar estrictamente a la salud en términos biomédicos se propone: “*allí kay*”, que hace referencia al buen estado de salud; “*Alliyay*” hace alusión a la recuperación o curación y “*qali kay*” implica estar sano (Córdova, 2014). Con estos conceptos no solo se hace alusión a la ausencia de

enfermedad, sino también al saber/poder prevenir y curar. Estas denominaciones populares vienen desde las épocas prehispánicas y de la incorporación del conocimiento de las ciencias médicas. En la época de los incas se tenía noción de lo que es la enfermedad (onqoy), salud (qhalikay), diagnóstico (onquy reqsiy), contagio (ratay), convalecencia (alliyaray), vida (kawsay) y la muerte (wañuy) (Espinoza, 2011).

A lo largo de los años han implementado un sistema propio para atender los problemas y necesidades de salud. Se han ido conjugando tradiciones nativas con otras venidas desde el enfoque biomédico. Pero hay predominancia de los primeros y si se revisa en las comunidades campesinas esto aún es más vigente. Muchas veces se considera que el ámbito colectivo es más importante que el individual puesto que de este depende el estado de bienestar del individuo. Lo más cercano a un individuo es la familia o ayllu y se espera que el hogar este siempre “bien”. En un estudio de un contexto similar a Haqira se muestra que un hogar saludable se caracteriza por (Portocarrero, 2015):

- Producir y conseguir lo necesario para la subsistencia de sus miembros
- Distribuir las tareas de manera relativamente equitativa
- Ausencia de conflictos o manejo de conflictos entre miembros
- Orden y limpieza de la casa
- Respeto entre los miembros de la casa

Una familia extensa en un hogar trata de no tener peleas o malentendidos. Tratan de ser los más equitativos en la asignación de actividades y así mismo, en la distribución de bienes. Para que no les falte lo necesario, tener éxito en los quehaceres y estar libres de la mala suerte, se proveen de amuletos de la buena suerte, de ser necesario hacen actos rituales o peticiones a los santos católicos.

El sistema de salud nativo ha sufrido varias transformaciones a lo largo de los años. En este tiempo ha incorporado varias perspectivas y se ha tornado en un sistema particular y propio al que podríamos llamar tradicional. Este se diferencia tangencialmente del sistema biomédico. Pero, a partir de la Reforma Agraria, la violencia política y los cambios sociales en el noventa han transformado el panorama de la ruralidad tradicional. Estos cambios afectaron la política, sociedad, economía y la salud. El sistema de salud se tornó más heterogéneo. Ahora podemos encontrar una distinción en el sistema tradicional de salud y otro sistema popular. Quiere decir que hay una manera tradicional

y otra manera actual de entender la salud. Estas dos formas se conjugan, se da en forma paralela y es el sistema de salud de estos tiempos.

Con estos cambios en el contexto local y en el sistema de salud se puede hablar de un escenario de pluralismo médico. En este se presenta un contexto donde *“los sistemas médicos se traslapan e interinfluencian, desarrollando diferentes tipos de relaciones entre ellos”* (Portocarrero, 2015, pág. 17). Los subsistemas folk, profesional y popular se presentan como alternativas frente a cualquier problema de salud (Kleinman, 1978). Hay presencia de evangélicos que pugnan por cambiar muchas concepciones acerca de la salud. Aunque son muy pocos, su presencia es importante ya que tratan de generar rupturas y se contraponen al sistema de salud tradicional. Según ellos, el estar bien es estar “salvado”, por estar siguiendo los preceptos de la iglesia; mientras que los no-evangélicos tienen a tener creencias en espíritus de la tierra y están proclives a enfermarse.

Los evangélicos tiene presencia reciente en la población. Su antigüedad se remonta a los años noventa luego de la llegada del grupo SL y los militares que implantaron el miedo entre la población. El contexto de incertidumbre y miedo fue favorable para que la Iglesia Evangélica del Séptimo Día tenga rápida acogida. Su credo religioso consideraba las prácticas tradicionales como los saberes médicos y los diferentes ritos ancestrales como “costumbres paganas” y su primera labor fue erradicarlas. Muchas personas que acostumbraban de hacer ritos en el agro o para los ciclos vitales dejaron de practicarlas porque consideraban que incitaban a creer en “ídolos” y a la borrachera. Así también las festividades católicas con el sistema de cargos fueron suprimidas con la intención de evitar que la gente se embriague. En cuando a la medicina se dejaron las prácticas en los diagnósticos “de adivinos” y los tratamientos rituales contra los síndromes culturales. A esta labor le siguieron la iglesia del Nuevo Pacto Universal que tuvo mayor acogida en las comunidades campesinas y luego Los Testigos de Jehová que tuvieron adeptos en la capital distrital. Todas estas agrupaciones religiosas tuvieron la misma labor de erradicar las practicas e ideas tradicionales. Sin embargo, el uso de las plantas curativas y animales se sigue empleando entre las personas de ese grupo en tratamientos de aplicación directa.

1.2. Concepción de enfermedad

Es inaudito estar siempre sano, el mal forma parte de la vida de las personas, familias y comunidades. Se tiene que vivir con él. Esta concepción es determinada desde su cosmovisión cíclica del tiempo. La vida consiste en combatir los males. La muerte es vista como una fatalidad a la cual solo se debe esperar. La suerte o el éxito son determinados por la voluntad divina.

La enfermedad o el “estar mal” implican un desequilibrio del estado normal de la persona. Así como la salud, la enfermedad tiene naturaleza física y espiritual. Comprende las dimensiones físicas, emocionales, mentales y espirituales el individuo. No se reduce en el individuo, puesto que abarca al ámbito familiar, comunal y ambiental. La denominación que abarca estos ámbitos y dimensiones que componen el “mal” se designa como “*mana allin*”. Esta última significa “no estar bien” o también no estar dentro del marco del “debería ser”. También existe la denominación “*waqllisqa*” que generalmente sirve para designar a los objetos malogrados y en el caso de las personas designa un desvío o abandono del “buen camino” de las normas y valores sociales. La palabra “*onqoy*” es más precisa para aspectos de salud y puede ser traducido como enfermedad. Los desequilibrios presentan diferentes manifestaciones:

- Comportamientos inadecuados e incumplimiento de roles a nivel a familiar y comunal
- Desacomodos en los órganos internos del cuerpo
- Pérdida de fuerza o energía interna
- Cambios bruscos de temperatura del cuerpo debido a factores internos o externos.
- Presencia de conflictos con otras personas.
- Mala suerte en los quehaceres.

Desde la época de los incas “*La salud física, mental y moral lograba la el runa andino equilibrando sus actos, para lo cual procuraba conducirse armoniosamente con su medio circundante*” (Espinoza, Salud y enfermedad, 2011, pág. 169). Bajo esa perspectiva, las enfermedades se generaban por: a) brujería o hechicería, por rivalidades locales o conflictos interfamiliares; b) trasgresiones a los seres sobrenaturales y a las normas de la naturaleza. Las primeras eran curables por los *hampiq* o curanderos; pero las causados por divinidades era difíciles de curar. La hechicería era causada por envidia

o venganza. La envidia consistía en evitar que hubiera desequilibrio de la comunidad acumulando excedentes. Las dolencias enviadas por divinidades se daban por transgresiones a reglas de buena conducta o tabúes.

Ilustración 4: Males más frecuentes en Haquira



Fuente: Dibujos de Estudiante de Secundaria de la I.E. José María Arguedas, 2017.

La contraparte de la salud es el desequilibrio y esta podía darse por varios factores. En cuanto a las causas vinculadas a aspectos geográficos y medioambientales “el no respeto hacia la naturaleza acarrea la ira de los encantos, señores de las plantas, de los animales y de los minerales. Estos podrían contagiar negativamente a la persona haciéndola enfermar, o raptándoles la sombra, produciendo aquel síndrome cultural conocido como susto” (Polia, Consideracion culturales acerca del rol y eficacia de la medicina tradicional andina, 2009, pág. 103). El desequilibrio también se produce por las transgresiones a las normas sociales. “Las faltas contra la ética social como, por ejemplo, la acumulación que no toma en cuenta la redistribución de los bienes, redundarían invariablemente en contra de quien las cometió, despertando la temible dinámica de la envidia que actúa por su mismo poder o que impulsa al envidioso a acudir a la obras nocturnas y maléficas del brujo” (*Loc Cit.*).

La etiología de las enfermedades en la actualidad considera que hay elementos más estrechamente vinculados a la aparición de los padecimientos. La causa de la enfermedad puede ser de naturaleza variada, pero agrupadas bajo el conjunto de las causas físicas y sobrenaturales. El grupo de las causas sobrenaturales aun considera la perspectiva de los incas: sobrenaturales, de la cual su naturaleza es misteriosa y está asociada a *apus*, espíritus; y los maleficios, que se producen por la manipulación humana de los espíritus por envidia o venganza. También se cree que entre las causas sobrenaturales intervienen santos o el castigo de Dios. Una causa es el pecado, la trasgresión de una norma. *“No existe la idea sobre la existencia de agentes patógenos y, por esta razón, el tratamiento de las enfermedades es básicamente de contenido mágico y religioso, interviniendo en su práctica la sugestión, de tal suerte que la psicoterapia es la base de su tratamiento y sanación”* (Carmona, 2009, pág. 25). En el grupo de las causas físicas se tiene: elementos de la naturaleza, como el clima, agua, viento, aire, accidentes geográficos producidos por el contacto brusco y las causas biológicas, producto de desórdenes en el organismo. El desequilibrio es la expresión de la trasgresión de una norma. Esta ruptura expresa la enfermedad que afecta al hombre en su bonanza, sus cosechas, negocios, animales, casa. Eso se sana haciéndose “curar” y “limpiar”.

En un medio local con un sistema de salud tradicional existen características generales en torno a la etiología de las enfermedades (Portocarrero, 2015). Una de las primeras características es que los padecimientos son multicausales, quiere decir que una enfermedad puede producirse por diversos factores. La segunda característica es que los factores de estos padecimientos no están del todo identificados, comúnmente se quedan con la incertidumbre. La tercera característica, a diferencia de la perspectiva occidental que responsabiliza al individuo por la prevención de su enfermedad, la responsabilidad no solo es del paciente, se da la posibilidad que existan factores intervinientes como personas malsanas o seres naturales y sobrenaturales causantes del padecimiento. La cuarta característica es que se cree que la providencialidad juega un rol importante.

Entre los malestares locales de las personas, independientemente de su religión, condición económica o residencia, se reconoce una serie de padecimientos, que son invisibles para el registro del Centro de Salud y los podemos llamar como Síndromes Culturales (SC), estos *“son padecimientos no atribuibles a una causa orgánica identificada por la medicina académica o biomédica, cuya presencia se circunscribe a*

cierto espacio o grupo sociocultural” (Portocarrero, 2015, pág. 1). Desde la época de los incas se tenía conocimiento de estos padecimientos, a los que Espinoza denomina “enfermedades culturales” y se tenía escaso conocimiento sobre las nociones patológicas. El más común era el susto o *jani* y solamente se cura con prácticas mágicas. Otra dolencia era la creencia de que en el cuerpo se introducen espíritus perversos, de gente de épocas muy antiguas. Otro achaque era el *shucaqui*, con frecuencia en el norte del Perú, producido por la inmensa preocupación de sufrir desprecio o fuerte vergüenza, se le curaba dándole jalones de pelo a quien padece. La *irijúa* es otro padecimiento, muy propio de los niños cuando se pone celoso por creer que le dan menos cariño que a los demás. También está la *mipa* o yagua que se adquiere desde el vientre de las madres cuando estas se asquean de lo que ven; entonces el niño adquiere ciertas características. Otra molestia es el *cuichi* producido por sonreír o señalar al arcoíris que producía caries o a las muchachas que se aproximaban eran engendradas por éste y terminaban pariendo seres muertos. El rayo también producía malestares, a quienes lograban sobrevivir y se los trataba con dietas especiales, quienes se recuperaban adquirían habilidades para el chamanismo (Espinoza, Salud y enfermedad, 2011).

Estos Síndromes Culturales han ido aumentando en función de la introducción de nuevos elementos en la vida de los pobladores andinos. A nivel nacional se encuentran decenas de síndromes culturales, algunos tienen el mismo nombre en diferentes contextos, otros son lo mismo y con diferente nombre y otros muy particulares a su contexto. De estos se ha tratado de hacer clasificaciones obedeciendo a sus causas, su tratamiento o sus síntomas. La propuesta de Hugo Delgado basado en el origen nos parece el más pertinente para el caso de Haquira (Delgado, *SF.*).

Gráfico 10: Origen de los padecimientos de Hugo Delgado

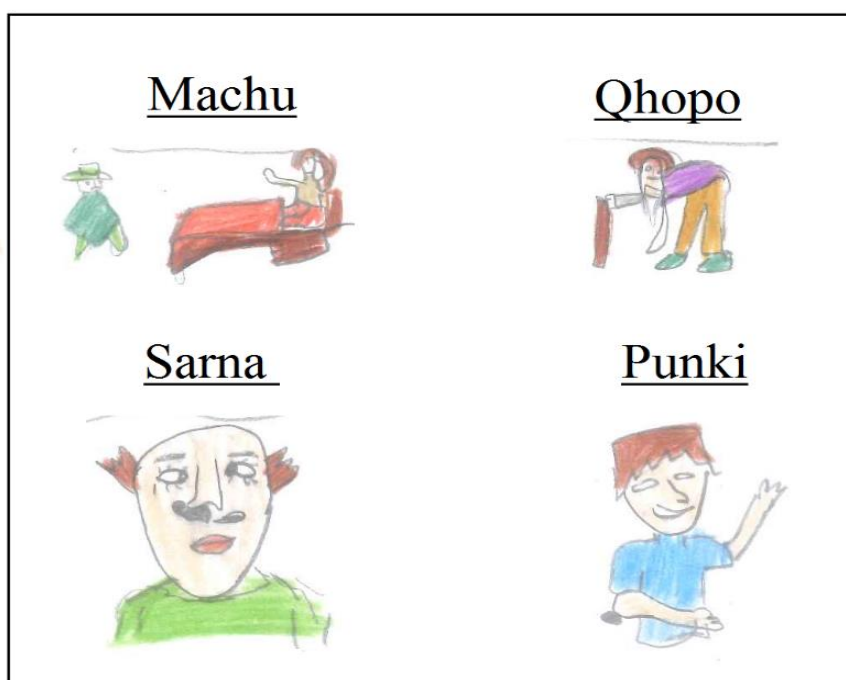
Origen sobrenatural	Origen natural	Origen humano
<ul style="list-style-type: none"> • Deidades andinas • Espíritus que animan la naturaleza • Espíritus muertos en los lugares de entierro • Espíritus malignos • Maldición de los animales 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores ambientales • Factores alimenticios • Factores climático-atmosféricos • Condiciones de trabajo • Excesos • Accidentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Atributos de la naturaleza física del individuo • Aptitud para manipular lo sobrenatural • Atributo de predeterminación negativa de los sucesos • Emotividad y psiquismo del individuo

Fuente: Hugo Delgado, Salud y Enfermedad en el Mundo Andino, (*SF.*).

De acuerdo a esta tipología en Haquira encontramos síndromes de los tres tipos. En el grupo de origen sobrenatural están cinco subtipos: aquellos que son ocasionados por las deidades como los *apus*, lagunas, la tierra; los que son ocasionados por espíritus que están en los objetos de la naturaleza como los guardianes de lagunas, ofrendas, huacas; también los que son ocasionados por espíritus de gente que murió en tiempos recientes o de gentiles²⁰; también están los espíritus malignos que están vinculados con el demonio o por fuerzas del mundo de abajo y obran a través del engaño; y por ultimo está la maldición de los animales que causa anomalías en las personas. En el grupo de origen natural están: los de causa climática, los elementos atmosféricos que producen desequilibrios que tienen un equivalente a las enfermedades patológicas; también están las alimentarias producidas por consumir o dejar de consumir ciertos alimentos; otras son por condiciones laborales que generan desgaste o malestar emotivo; y los accidentes, que dependiendo en dónde se hagan, van a tener diferente denominación. En el grupo de los de origen humano, se encuentra tres subtipos: el primero es por la manipulación humana de los espíritus; luego están las asociadas al mal humor, mala voluntad o mala energía de las personas; por último, están las de origen emotivo de la misma persona que contraerá el padecimiento. Las enfermedades presentan una serie de signos y síntomas propios, cuyas causas deben encontrarse correctamente y así encontrar el tratamiento más adecuado.

²⁰ Guamán Poma cuando divide el tiempo de los incas en cuatro etapas describe el tiempo de los gentiles que es anterior a los Wariruna. Estos gentiles son como los primeros padres de la humanidad y tuvieron cercanía a los dioses. En la mitología se dice que en cierta ocasión desafiaron al padre sol y este al no poder vencerlos llamo a sus hermanos que terminaron haciendo arder la tierra. Para protegerse los gentiles o machus se refugiaron en las cuevas y debajo de las rocas. Muy pocos quedaron en fragmentos de huesos y se dice que pueden tomar forma humana a partir de esos huesos y andar entre la gente causando daño.

Ilustración 5: Males más frecuentes de origen sobrenatural



Fuente: Dibujos de Estudiante de Secundaria de la I.E. José María Arguedas, 2017.

La mayoría de los síndromes culturales es causada por la mala relación con los elementos del entorno físico, algunos de los cuales tienen espíritus, y muy pocos tienen relación con una causa patológica. Gran parte de los elementos del mundo andino están animados y poseen poderes de distinto tipo. Con estos poderes pueden propiciar el bien el mal. De acuerdo a la cosmovisión andina no puede haber Dioses malos por naturaleza. El comportamiento de los dioses va en función de los actos de los hombres, quiere decir que también aplican el principio de reciprocidad: si el hombre se porta bien los dioses le ayudan o si hace lo contrario lo castigan. Aparte de los cerros, aguas, animales y emociones se registra gran cantidad de síndromes asociados a los espíritus. Estos espíritus pueden estar consignados dentro de los elementos naturales o a veces personificarse. La causa y origen de alguno de estos espíritus malignos lo narran en dos mitos llamados Soq'a machu e Inkariy²¹.

SOQ'A MACHU

Antiguamente los gentiles vivían en las tinieblas y solo recibían la luz pálida de algunas estrellas. Un día los gentiles protestaron contra su dios llamado *Soq'a*

²¹ Recopilación de Ricardo Valderrama y Carmen Escalante, recogido en Fuerabamba de la versión de Mauli Wachaka Wamani.

Machu, insultando y desconociendo los poderes que tenía. El Dios se enojó mucho y mando a llover fuego. Los gentiles construyeron casas subterráneas y allí muchos se salvaron. Cuando ceso la lluvia los gentiles no se habían arrepentido y seguían maldiciendo a *Soq'a Machu*. De pronto, pensando acabar con los rebeldes gentiles, el Dios hizo salir a un sol (astro) del lado del occidente y por los efectos del brillo muchos se volvieron ciegos. Mientras que otros se pusieron a construir sus casas en las peñas con la puerta mirando al oriente. Al ver esto el Dios, mando a salir a otro sol y esta vez por el lado oriente. Este nuevo sol era devastador y termino quemando vivos a los gentiles, dejando resacas sus pieles, hizo arder también las peñas donde se refugiaban los rebeldes. Prueba de ello estas rocas quedaron rojizas por efecto del calentamiento. También se afirma que sobrevivieron una cantidad de gentiles que hasta en la actualidad viven y por ello toman el cuerpo de alguna persona y visitan para hacer sus fechorías mayormente con las mujeres (Montes, Mitología y augurios surandinos, 2006).

INKARIY

En tiempos remotos, cuando el sol aún no había salido, un día salió un cachorro de sol queriendo matar al *Inkariy*. Pero el *Inkariy* lo había hecho retroceder con brujería. Pero, antes que este sol saliera, *Inkariy* ya sabía que iba a morir, por eso había destruido todas sus casas, se lo había comido todos sus ganados; todo su dinero empezó a gastar; había roto sus herramientas y vasijas. Entonces algunos hombres gentiles, aun con la esperanza de vivir, no habían derruido sus casas. Es así que esas casas antiguas aún subsisten.

Después habían salido tres grandes, radiantes soles. Y entonces todas las llamas habían empezado a escapar; se habían derretido las piedras hasta disolverse como barro. Las llamas así encabritándose murieron bramando y los hombres se habían refugiado en el fondo de los puquiales, y estos puquiales habían empezado a hervir hasta burbujear y a los hombres los cocieron y a otros los calcinaron en las cuevas. Otros hombres habían logrado pasar al *Ukhu pacha* por medio de los *Qanqayllus* y por estos *Qanqayllus* a veces salen del *Ukhu pacha* y es así que convirtiéndose en hombres logran tener relaciones sexuales con las mujeres jóvenes, entonces los que han tenido relaciones sexuales con los hombres del *Inkariy*, mueren orinando sangre y otras veces pariendo hueso. Ciertas veces, las ñustas del *Inkariy*, convertidas en hermosas mujeres, copulan con los varones. Los que tienen

relaciones con las cholas del *Inkariy* mueren encantados unas veces orinando sangre, otras veces escupiendo sangre.

El *Inkariy* ahora también camina junto con el viento. Unas veces cuando el viento corre tronando, es cuando el *Inkariy* está caminando. Otras veces cuando el sol y la luna se enferman agonizando el *Inkariy* se alegra, entre lamentos, y sus hombres gentiles en el *Ukhu pacha* todos alegres empiezan a cantar y bailar, mientras otros tocan una inmensa campana. La campana del *Inkariy* no es como la campana del cristiano, de metal, solo es una inmensa piedra del porte de un cerro, como el *Apu Wamant'ika*.

Así, el *Inkariy*, cada vez que agoniza el *Inti Tayta* se alegra mucho, porque entonces su retorno se aproxima. Para que retorne el *Inkariy*, dice en verdad, tiene que morir el *Inti Tayta* y este mundo se va oscurecer en densa noche, como en los antiguos tiempos del *Inkariy*.

Así también otros dicen:

- Cada vez que el *Taytacha* y la *Mama Killa* se enferman, *Inkarriy* se envalentona queriendo volver; si siempre el vuelve va haber juicio, en eso el *Inti Tayta* va a morir ensombreciéndose; y después se va a caer y nos va a aplastar. Y la *Mama Killa* se va a desaparecer y este mundo que vivimos, dice, en medio de ebulliciones, se calcinara. En eso, este mundo se terminará, todos los hombres, todos los animales, y todos los dioses.

Y, dice, va a regresar el antiguo mundo del *Inkariy*. Por eso algunos, cuando el *Taytacha* se enferma agonizando, hacen fogata diciendo: “ayudaremos a curarse al *Taytacha*, sino ¡carajo! Cayéndose nos va aplastar”.

Para que regrese el *Inkariy*, el *Inti Tayta* siempre tiene que morir, apagándose poco a poco, y nosotros, todos los habitantes de este mundo, moriremos, aplastados y quemados por el *Taytacha* en el Juicio. El *Inkariy* regresará a este mundo acompañado de los gentiles del *Ukhu Pacha* y ya no habrá vida para nosotros.

Por eso cuando se enferman, ya sea la *Mama Killa* o el *Inti Tayta*, siempre se hace fogata:

- Jale taytay... Jesus di, *taytay*...

Así se le ayuda a sanar su mal.

También hay otro decir sobre *Inkariy*. Son pues de *Inkariy* todos los cerros, las lagunas, los animales, todo lo creado por él. Y dice, en Matarqocha hay un gigantesco *illa* toro vivo, de oro. Este *illa* toro sabe todos los secretos del *Inkariy*, por eso cada vez sacude su cola, y de eso viene terremotos, temblores (Valderrama & Escalante, 1981).

Los mitos describen versiones distintas y nombres distintos; pero en esencia hablan sobre un Dios de unos hombres denominados gentiles y estos viven entre las tinieblas; por unas acciones reciben el castigo con unos soles astros, que terminan siendo quemados; una vez castigados y exterminados aparece un nuevo contexto y algunos sobrevivientes de los gentiles reaparecen en formas humanas o acompañando vientos o lluvias con el fin de causar daño.

Tabla 9: Síndromes Culturales en Haquira

Origen	Causa	Síndromes
Sobrenatural	Deidades andinas	Pacha mama Qocha mama Apu mikhurun
	Espíritus que animan la naturaleza	Wayra Tapado P'ukyu
	Espíritus de muertos	Qhayqasqa Machu/gentil Punkipakuy
	Espíritus malignos	Encanto Maso
	Maldición de animales	Kutipasqa Modasqa Ñak'ay Khatatay
Natural	Climáticos	Mal aire K'uychi Millariy (Cheqche)
		Phuyu
	Alimentarios	Antojo
	Trabajo	Qhopo Estrés
	Accidentes	Wiksa t'ijray
Humano	Aptitud para manipular lo sobrenatural	Layqa
	Mala voluntad de las personas	Ojeo Bullying
	Origen emotivo	Manchasqa Mushpay Llaki Sonqo nanay P'enqa p'enqa Manchale Qhella Waqaychuro Engreimiento

Elaboración: Marco A. Astete Checaña, 2017.

Existen varios tipos de fuentes que causan el mal: las que aparecen súbitamente, otras que aparecen por causas empíricas, y otras son los síndromes culturales. Cuando una persona se pone mal, la familia repasa sus últimas actividades a fin de detectar el origen y responder con el tratamiento más adecuado. Con la modernidad se han introducido modificaciones en la concepción del origen de las enfermedades. Ahora las causas son: alteraciones del territorio, conflictos colectivos, enfermedades venéreas nuevas, pérdida del conocimiento ancestral, olvido de los ancestros. Con ello aparecen nuevos síndromes culturales como el de los antojos, engreimiento, estrés. Dejan de tener presencia algunos síndromes como el *p'ukyu*, tapado, *wiksa t'ikray*, *punkipakuy* porque se descubren causas físicas directamente relacionados a los síntomas. Por ejemplo, el tapado deja de ser maldición porque se descubrió que la causa de las muertes, luego de encontrar la riqueza oculta por los incas, no se debe a la maldición, sino al antimonio generado por los metales.

Tabla 10: Noción de salud y enfermedad

	Salud	Enfermedad
Condición	Equilibrio	Desequilibrio
Naturaleza	Físico Espiritual	Causas físicas (causas biológicas) y espirituales (entidades sobrenaturales, elementos de la naturaleza, daños o maleficios)
Dimensión	Multidimensional (físico, emocional, mental, espiritual)	Multidimensional
Ámbito	Individual, familiar, comunal y ambiental	Individual, familiar, comunal y ambiental
Denominación	Allin, qhali, bien, sano	Onqoy, mana allin, waqlliy
Características		Los padecimientos son multicausales. Los factores de estos padecimientos no están del todo identificados. La responsabilidad no solo es del paciente. La providencialidad juega un rol importante.

Elaboración: Marco A. Astete Checaña, 2017

2. Practicas locales del sistema de salud de Haquira

2.1. Agentes de salud, terapeutas especialistas y curanderos

En Haquira se vienen empleando una serie de denominaciones para referirse a las personas que tratan las aflicciones, por lo que no se llega a un acierto común o haya institucionalidad al respecto. En la actualidad existen varios especialistas, pero no todos vienen de una tradición propia. Existen desde los *yachaq* (sabios) tradicionales con un

bagaje milenario hasta los actuales “expertos” en medicina tradicional china. En lo que respecta a los terapeutas tradicionales andinos no se tiene una denominación exacta. Si se los intenta reconocer como Agentes de Medicina Tradicional, Médicos Indígenas o Terapeutas Tradicionales no concitaría discusión puesto que esos términos son desconocidos y sobreentenderían que se trata de las personas que han tratado los males de forma empírica por tradición a lo largo de los años.

Para la proliferación de distintos tipos de “conocedores”, “curiosos” y especialistas pasó un largo proceso histórico. Mientras permanecían los especialistas tradicionales, aparecían conocedores y expertos venidos de otras tradiciones culturales y de la misma biomedicina. Los especialistas tradicionales eran personas mayores con una amplia experiencia. Algunos gozaban de prestigio incluso a nivel distrital. De lejanos distritos acudían a los especialistas en Haqira. Asimismo, se sabía de especialistas en otros pueblos y que la población de Haqira viajaba en busca de ellos. El aprendizaje de estos especialistas es puramente empírico. En otrora lo aprendían los mismos hijos de los especialistas. Ahora lo aprenden los que tienen curiosidad y afinidad, no implica necesariamente a los hijos de los antiguos especialistas. Emplean una serie de recursos terapéuticos heredados de sus ancestros, de otras tradiciones culturales y del sistema biomédico. Los especialistas en su mayoría son adultos y ancianos, provienen de comunidades campesinas y están vinculados a algún *apu*.

Los especialistas tradicionales han ido en disminución durante el transcurso de los años. A mitad del siglo pasado no se encontraba ni un solo médico en la población, razón por la cual la población se atendía con sus especialistas tradicionales de su localidad. Los médicos del sistema oficial (Minsa) más cercanos se encontraban en Tambobamba, Santo Tomas o Cusco y acudían a ellos solo quienes tenían solvencia económica y en casos de riesgo para atenderse problemas graves como cirugías. Quienes poseían conocimientos biomédicos gozaban de prestigio y fácilmente eran aceptados en los poblados pequeños. Es así que los primeros especialistas de la medicina en llegar a Haqira eran técnicos de la salud. El interés por estos fue creciendo y muchas personas aspiraron a ser técnicos o viendo el ser “doctores”²² como un horizonte. En esta última década los egresados de los colegios secundarios de Haqira se fueron a las ciudades

²² Doctor es la denominación al especialista en medicina general. En décadas anteriores doctor era cualquier persona que estaba en el centro de salud. Con el tiempo el mismo personal fue informando sobre las especialidades específicas. Así se distinguió a la enfermera, odontólogo, obstetrix, nutricionista, psicólogo y “doctor”. Se sigue denominando doctor al médico a pesar de no tenga ese grado.

para seguir carreras de enfermería, farmacia, medicina y psicología. Algunos de los que ya concluyeron volvieron al pueblo y laboran en los puestos de salud o también abrieron sus boticas y farmacias.

Los especialistas tradicionales son una permanencia del legado de los incas. Durante el periodo de los incas estaban los *hampikamayuq* que se especializaban en tratar los padecimientos a nivel físico. También había especialistas en tratar problemas de naturaleza sobrenatural. En este mismo grupo estaban los hechiceros o chamanes que estaban dedicados a provocar el mal mediante otros métodos mágicos. Había chamanes que aseguraban convertirse en animales (Espinoza, Salud y enfermedad, 2011). El origen de estos especialistas suele ocurrir en eventos poco comunes como nacimientos podálicos o “cogida del rayo”. “En el mundo andino prehispánico, algunas personas eran consideradas especialmente dotadas para la práctica chamanística, entre ellas los mellizos, los nacidos con algún defecto físico (labio leporino, polidactilia, encogimiento de miembros, joroba, etc.), los que tuvieron un nacimiento podálico, y los tocados por el rayo o fulgurados” (Sánchez R. , 2009, pág. 79). Esta misma división aún permanece, aunque agregamos las especificaciones de huesero, curandero y partera en el nivel de los *hampikamayuq*. Los especialistas, cualquiera que sea su especialidad, emplean técnicas adivinatorias y curan dolencias en relación a las enfermedades. Existe una considerable superposición en las esferas de actividades y técnicas empleadas por las diversas categorías de especialistas de magia. Sin embargo, las categorías de religión, magia y hechicería son entidades articuladas (Tschopik, 2009).

En el Perú se encuentran diferentes tipos de terapeutas tradicionales (Delgado, 2000). Estos han sido clasificados de acuerdo al padecimiento que tratan, por los recursos que emplean (Delgado, sf.) o por la dimensión en la que se desenvuelven. Pero en la realidad local estos terapeutas se mueven en diferentes dimensiones, cambian de prácticas, y tratan varios padecimientos. Se puede hacer una clasificación de estos, pero presentan varias limitaciones e inconsistencias. Para el caso de Haquira existe una clasificación basada en el plano en el que se desenvuelven (Delgado, 2000), estos se dividen en dos grupos: unos que se mueven en el plano sobrenatural y los otros en el plano físico.

En los contextos locales con un sistema de salud tradicional y articulados con la sociedad globalizada los actores o especialistas se presentan organizados jerárquicamente. En el nivel inferior están los comuneros que tienen prácticas de autocuidado y auto atención.

En el segundo nivel están los sobanderos que atienden las lesiones. En el tercer nivel están los rezanderos y curanderos, intervienen en padecimientos psicológico-espirituales y físicos, tienen como recurso el rezo y la etnobotánica, respectivamente. En el cuarto nivel están las parteras que atienden en la gestación, parto y puerperio. En el quinto nivel están los médicos tradicionales que poseen la sabiduría ancestral, dominan la etnobotánica, tienen conocimiento espiritual; es un intermediador entre el individuo y las deidades. La jerarquía máxima es el experto, que es similar a un chamán, tienen contacto directo con los guardianes que cuidan las energías de la comunidad (Cardona-Arias, 2012).

En Haquira se hizo un trabajo de reconocimiento de especialistas en medicina tradicional dirigido desde la ONG CADEP. Con este trabajo de reconocimiento se estableció una clasificación de diferentes tipos de especialistas y se legitimó la denominación *hanpiqruna*. Con esta denominación de *hanpiqruna* (hombre que cura) se hacía alusión a las personas que mantenían algún conocimiento de la medicina tradicional que servían como prestadores de salud y que con capacitación podrían contribuir al Centro de Salud²³. También están muy próximos a los especialistas tradicionales aquellas personas aficionadas a la curación en base a su bagaje popular, generalmente se daba en los curiosos y conocedores de algunos remedios. Se los clasifica en curandero, partero, huesero y aficionado. Se denominaron como propiciadores del bien y hacían una clara diferencia con los brujos o *layqa* que “hacen pacto con el demonio y saben hacer el mal”. Los *hampiq runa* propician la curación mediante tratamiento físico directo. El grupo denominado *layqa* agrupa aquellos que están dedicados a propiciar el mal. Claramente con esto hacen alusión al especialista que se desenvuelve en la dimensión sobrenatural. Con esto invisibilizan a los *awquis*, *yachaq*, que se ofician en rituales propiciadores del bien. Además, se invisibiliza a los nuevos terapeutas venidos desde las iglesias evangélicas que emplean los rezos y vigiliass para “limpiar” del daño.

²³ Con la cooperación entre el Municipio y la ONG CADEP se armaron talleres para *hampeq runas*. Con esto se quería “contribuir a crear una alternativa de salud eficiente manejada por los mismos actores sociales” (PRACSI y CADEP, Memoria del Curso Taller Regional para *Hampeq Runas*, 1997).

Tabla 11: Clasificación de agentes de medicina en el contexto local

W. Espinoza	Hugo Delgado	CADEP	Cardo-Arias	Entrevista (2017)
Hanpiq	Plano físico	<div>Curandero</div> <div>Partero</div> <div>Huesero</div> <div>Aficionado</div>	<div>Medico</div> <div>Partero</div> <div>Rezador</div> <div>Curandero</div> <div>Sobandero</div> <div>Comunero</div>	<div>Huesero</div> <div>Curandero</div> <div>Partera</div> <div>Aficionado</div> <div>Técnico</div> <div>Naturista</div> <div>Boticario</div> <div>Doctor</div>
Chaman	Plano sobrenatural	<div>Layqa</div> <div>Brujo</div>	<div>Jaibana</div>	<div>Yachaq</div> <div>Layqa</div> <div>Awki</div> <div>Brujo</div> <div>Adivino</div> <div>Rezador</div> <div>Curandero</div>

Fuente: Trabajo de Campo en Haqira (2017).

Elaboración: Marco A. Astete Checaña, 2017.

En este contexto de pluralidad médica conviven los diversos especialistas, se desenvuelven en diversos planos de la realidad, vienen de diversas tradiciones culturales y uno solo puede ser clasificado de diversas formas. Podemos dividirlos en función al tiempo ya sea por el grado de modernidad o tradicionalidad. Asimismo, complementarlo con otra clasificación de acuerdo al plano en el que se desenvuelven. De acuerdo al trabajo de campo realizado en el 2017, se puede emplear las categorías de otras investigaciones y complementarlo con las denominaciones propias de los pobladores que hacen alusión a formas particulares de agentes.

Ilustración 6: Síndrome denominado Apu oqarisqa



Fuente: Dibujo de estudiante de primaria de la IE Cesar Vallejo de Haqira - 2017

Ilustración 7: Síndrome pacha hapirusqa



Fuente: Estudiante de 3° año de primaria, I.E. Cesar Vallejo de Haqira – 2017

Entre los agentes tradicionales que se desenvuelven en el plano sobrenatural ubicamos a los *yachaq* que se especializan en hacer rituales propiciadores del bien ya sea en abusión, protección o expulsión de males. También están los *layqa*, que se especializan en hacer maleficios, pero también pueden revertir los hechizos del mal. Los *awki* son oficiantes de deidades tutelares y muchas veces son los que se encargan de dar licencia a los *yachaqkuna* y los *layqa*. Entre los agentes tradicionales que se desenvuelven en el plano físico se tiene a la partera, curandero y huesero. Lo más cercano para las personas es el huesero puesto que las lesiones que cura son las más frecuentes. La partería generalmente es asumida por mujeres y se dedican a la atención en el embarazo, parto y puerperio. El curandero es el especialista en las curaciones de los males más frecuentes recurriendo a las plantas, animales y minerales.

Ilustración 8: Curandero tradicional haciendo diagnostico con lectura de coca



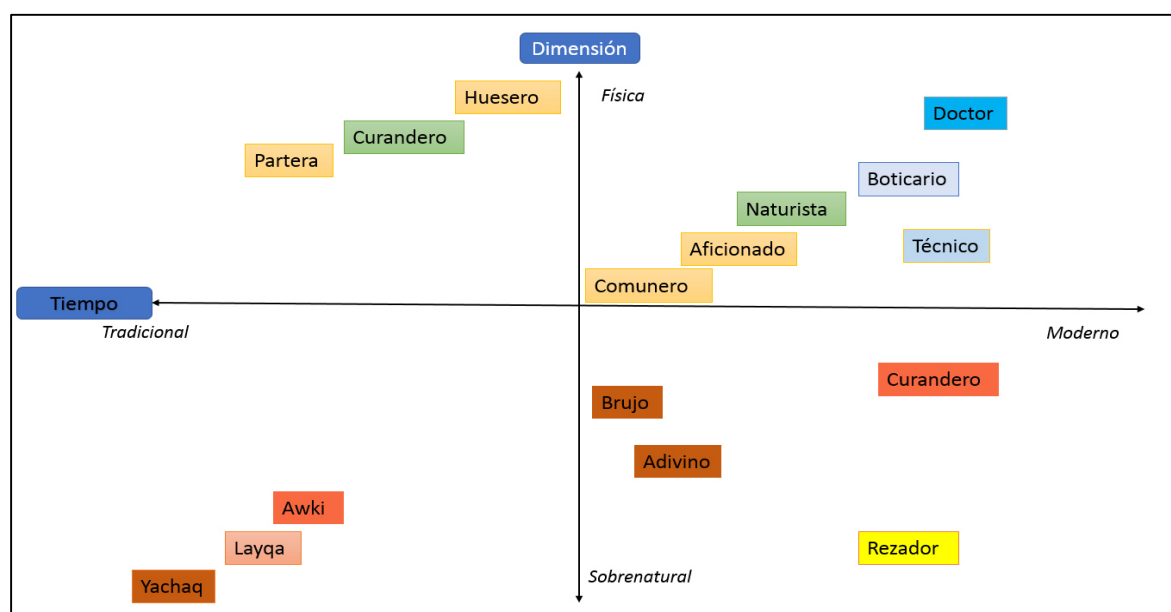
Fuente: Fotografía Marco A. Astete Checaña, 2016

Los nuevos agentes, a los que llamaremos modernos vienen de otras tradiciones médicas y culturales. En el plano sobrenatural ubicamos a los brujos, adivinos, rezadores y curanderos. Los brujos se dedican exclusivamente a producir el mal, pero también arreglan los maleficios ocasionados por poderes del diablo. Sus conocimientos son diferentes al *layqa* porque este reconoce espíritus de origen europeo y su aprendizaje se basa en recetas de magia negra como el libro de San Cipriano. Los adivinos son aquellos que dan lectura de los hechos que sucedieron en el pasado o los que vendrán en el futuro, también dan recetas para el buen augurio; emplean varios recursos desde la lectura de las hojas de coca hasta el cálculo de los astros²⁴. Los rezadores son provenientes de las iglesias evangélicas que emplean el rezo, las vigiliass y las alabanzas para estar “salvados”. Los “curanderos” de este grupo son distintos a los tradicionales puesto que estos vienen de otros sistemas de salud. En este grupo están los famosos “chamanes del norte” que tratan desde problemas del amor hasta distintos tipos de cáncer; junto a ellos también están curanderos cusqueños, danzantes de tijera y curanderos bolivianos, entre otros que se suman como agentes “propiciadores del bien”, aunque son calificados como “negociantes que solo buscan el beneficio económico a costa de la humildad de la gente” (Entrevista a poblador, Haquira, 2017).

²⁴ En las ferias también llegaron gitanos y se les clasifíco dentro de la categoría de adivinos.

Los agentes modernos que se desenvuelven en el plano físico son los que están vinculados, de alguna manera, a la biomedicina. El primer agente es el comunero o padre de familia de la casa que conoce recetas de plantas curativas y pastillas genéricas. Después de este está el aficionado, que tuvo algún tipo de capacitación y tiene conocimientos en prevención de enfermedades y primeros auxilios. Una categoría mayor es la de técnico ya sea en enfermería, obstetricia o farmacia, está vinculado a algún puesto de salud y en las comunidades es el que hace las labores de médico. También ubican al naturista que básicamente oferta la medicina natural o de origen vegetal. En tiempos pasados el naturista ofertaba en venta las plantas medicinales que ya tenían cierto reconocimiento académico, las fórmulas para arreglar problemas gástricos, articulaciones y sensoriales. Luego vinieron bajo la denominación de naturistas personas que ofrecían la “medicina milenaria china”. En la actualidad, bajo esta denominación están los que venden productos de Omnilife, Herbalife, Fuxion, Santa Natura. El boticario es el otro agente que goza de prestigio y uno de los más acudidos. Al considerarlo más cercano y con cierta accesibilidad económica, el boticario vende los medicamentos sin exigir receta médica o incluso, él mismo hace el diagnóstico y recomienda qué comprar. Finalmente, está la categoría de doctor, que goza de mucho prestigio a nivel local. En el pasado, doctor era cualquiera que estaba en el puesto de salud, pero ahora se restringe al médico, aunque este no tenga ese grado académico. El doctor es el que está a cargo de los puestos de salud y lo consideran la autoridad máxima en su sector y se piensa que tiene vínculos con médicos de los grandes hospitales de Arequipa, Cusco y Lima. También se le asigna la categoría de doctora a las monjas del Convento de Haqira que atienden a las personas con bajos recursos y tienen habilitado una sala de atención con farmacia y a veces se hacen pequeñas cirugías.

Gráfico 11: Clasificación de agentes de medicina



Fuente: Trabajo de campo (2017).

Elaboración: Marco Antonio Astete Checaña, 2017.

2.2. Equipamiento e insumos del repertorio terapéutico

Los *hanpiqruna* realizan su trabajo de forma itinerante. El no tener un lugar determinado para hacer su trabajo es una primera característica y, Seminario al respecto dice que,

“los sistemas de salud indígena se caracterizan por no contar con un espacio físico determinado en donde los especialistas pueden ofrecer todos sus servicios; por el contrario, la atención de los especialistas se realiza de forma particular, ya sea en el domicilio del mismo especialista o en casa del enfermo, dependiendo de la enfermedad del paciente y los procedimientos que deba realizar el especialista indígena” (Seminario & Cárdenas, 2014, pág. 57).

El arte de curar es producto del legado cultural transmitido oralmente. Confluye el saber acumulado de los comuneros en torno al cuidado integral, la mediación de la naturaleza y los espíritus. Existe la influencia de factores externos al sujeto como los espíritus y factores internos determinantes de la dimensión espiritual individual. Las opciones son múltiples, tienen que ver con aspectos propios de los pacientes como son su fe, espiritualidad y las convicciones. La última es importante en el grupo de los jóvenes ya que estos son más escépticos frente a lo tradicional debido a su cercanía con los

conocimientos de la modernidad y por el afán de desindianización²⁵. Las opciones incluyen espíritus, principios activos de las plantas, rituales y rezos.

Cuando se evalúa la eficacia de la medicina tradicional, no solo se interpreta desde la perspectiva farmacológica o terapéutica, sino desde la suposición de que los sistemas médicos tradicionales presuponen una teoría médica distinta de la medicina oficial. Esta teoría se estructura y justifica sobre la base y desde la perspectiva de una cosmovisión, de la cual sus estructuras y características son homogéneas y comparables. *“La diversidad cultural de los sistemas médicos tradicionales, y entre ellos del sistema médico andino (por lo que aun sobrevive y actúa de su identidad cultural originaria), radica exactamente en el adjetivo “tradicional” usado para distinguir estos sistemas del sistema médico oficial”* (Polia, Consideración culturales acerca del rol y eficacia de la medicina tradicional andina, 2009, pág. 98). Tradicional designa a la transmisión por generaciones a través del tiempo y al componente religioso, que tiene su función determinante en las expresiones primarias del pensamiento mítico. Cuando se menciona un origen remoto de los poderes del especialista afirman una realidad cultural al que juzgan de funcional. Es decir, se reafirma el valor fundante del mito y los héroes culturales, ancestros divinos o dioses, que son los protagonistas del mito, los modelos ejemplares de las actividades humanas y las fuerzas eficaces en la vida cotidiana. *“La eficacia del mito, su incidencia para lo que concierne a la organización de la vida, es incomparablemente mayor y más directa de la eficacia de la fábula, así como la convicción actúa más profundamente y más eficazmente de lo que puede hacer un recuerdo desleído, no vivificado por la fe y la participación viviente de la persona y de la sociedad”* (Polia, Consideración culturales acerca del rol y eficacia de la medicina tradicional andina, 2009, pág. 100). También la denominación huaca o *waka* se extiende a los seres inanimados.

La fe es un elemento indispensable que permite que los fármacos materiales actúen a plenitud de sus cualidades y permite a los remedios espirituales el logro cabal de la curación. El paciente debe tener fe en el sistema médico tradicional, fe en los encantos, fe en el maestro. Sin la fe los encantos, ritos y remedios no actuaría y no se daría la curación.

²⁵ Sobre este aspecto Degregori decía que el no querer ser indio o dejar de serlo es una característica central en la sociedad peruana.

Una primera etapa en donde se disponen una serie de recursos e insumos es en el diagnóstico. Antes de decidir por el tratamiento se ocupan en reconocer el mal y sus causas. Se dice que un mal diagnóstico puede conllevar a un tratamiento que resultaría siendo perjudicial. Luego de este se disponen los recursos propios para el tratamiento. Del registro y clasificación que hace Delgado, algunas son empleadas en Haquira. Los recursos y las técnicas para el diagnóstico vienen desde tradiciones del pasado y de otros sistemas médicos y pueden ser adivinatorios, de observación o reminiscencia. Estas últimas consisten en hacer hablar a la persona sobre sus últimos hechos para saber el agente causante. Los procedimientos adivinatorios emplean la lectura de cartas, la lectura de las líneas de la palma de la mano, la visión en las hojas de coca y la interpretación de sueños. Las prácticas tradicionales más comunes son la pulsación de las venas, la palpación del estómago o cabeza, examen de orina, examen del ojo, “moda” o jobeo con el cuy o algún roedor distinto a la rata, lectura del humo de incienso y las señales de los *apus* con elementos de la naturaleza (Delgado, *sf.*).

Ilustración 9: Mujer curandera atendiendo a gestante



Fuente: Dibujo de estudiante de primaria de la I.E. Cesar Vallejo de Haquira, 2017.

Las prácticas como frotar con el cuy o consultando a los *apus* vienen desde épocas prehispánicas. En el tiempo del Tahuantinsuyo, los oficiantes de la salud a las enfermedades la diagnosticaban con la cobayomancia. Las otras enfermedades

funcionales se diagnosticaban con visceroscopia. Había otras más complicadas que se consultaba con oráculos en el que intervenían sacerdotes. *“Las practicas curativas estaban rodeadas de muchas maniobras mágicas y místicas: adivinación, ayunos y terapia del cuerpo del enfermo con cuyes vivos e invocaciones inentendibles para los no iniciados”* (Espinoza, 2011, pág. 172). Las otras técnicas vinieron junto al catolicismo que tenía consigo una carga de técnicas y recursos.

Tabla 12: Técnicas y procedimientos de diagnostico

Procedimientos	Elementos	
Adivinatorios		Cartomancia
		Quiromancia
		Lectura de coca
		Jobeo
		Alumbre
		Sueños
Tradicionales	Físicos	Pulseado
		Palpación
		Examen de orina
		Examen de iris
		Examen de lengua
		Examen de uñas
		Pestañas
	Físico-Mágicos	Qaqopa: cuy, ratón, lagarto
	Mágico-religiosos	Apusuyo
		Trance chamánico
Conversaciones		

Fuente: Hugo Delgado (s.f.)

Luego de la etapa del diagnóstico le sigue la terapia propiamente dicha. Para esta etapa se recurre a cientos de recursos; se les puede emplear en simultáneo, combinándolos o de forma aislada. Todo ese uso dependerá del tipo del padecimiento diagnosticado. También hay malestares que exigen que se empleen un recurso tras otro de forma sucesiva. De todos estos repertorios se encuentran entre plantas, animales, minerales, cantos, acciones rituales. Los recursos pueden ser de directa aplicación en el que existe una relación de contacto con la persona y dentro de esta, están los insumos de productos vegetales, animales y minerales. También habría que anotar que dentro de esta se emplean partes del cuerpo humano, ya sea con ombligo de recién nacidos, cera de oído, saliva, leche materna, excremento, orina, grasa, cabello y hueso. También existen recursos de aplicación indirecta o que no implica tener contacto con la persona tratada;

entre estas están las danzas y acciones rituales. En este grupo están los distintos pagos ofrecidos a las deidades andinas, llamamiento de alma, sacrificios con animales, rezos en el altar de la iglesia, peregrinaciones católicas²⁶ o cargos patronales. Sobre este último se dice que es bueno ser mayordomo de una fiesta patronal porque la Virgen María sanara sus males y traerá prosperidad en su hogar.

Sobre los insumos provenientes de plantas, minerales y animales, se dispone de las plantas que crecen en el mismo medio geográfico. La mayoría de las plantas con propiedades curativas que utilizan son nativas. Las plantas de otro origen son sembradas en huertos y las que no crecen en el medio geográfico las compran de los naturistas. Las plantas tienen propiedades curativas en determinado tiempo de maduración, en determinado tipo de preparación y combinación, en determinadas partes geográficas y en determinadas partes de la misma planta. Se las emplea de diversas formas y curan decenas de malestares (Ver Anexo 2). Los animales empleados también son nativos de la zona que viven en el mismo lugar o bien son oriundos de la *yunka* (amazonía). La vaca, la oveja, el burro, el conejo, la abeja y el gato son animales introducidos. De los animales son útiles determinadas partes, para lo cual no necesariamente implica sacrificarlos (Ver Anexo 3). En cuanto a los minerales se ha venido incorporando crecientemente nuevos elementos venidos de otros lados. Muchos de estos minerales tienen connotación sagrada.

El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad tiene un contenido mágico-religioso que viene a tener un sustento en la psicoterapia complementada con una medicina racional-empírica, que se caracteriza por el uso de plantas, animales y minerales. Estas últimas están sujetas a una doble función mágica y racional. “Dentro de la parte racional o empírica empleada por los chamanes andinos existen otras prácticas que muestran un mayor grado de racionalidad; entre ellas tenemos la *qhaqopa* (masajear), el *ch'onqay* (chupar), el *walthay* (fajar o envolver), *suysuy* (cernir o sacudir), el *chutay* (jalar), el *paskay* (desatar), el *watay* (amarrar)” (Carmona, 2009, pág. 26).

²⁶ Las peregrinaciones van desde subir al calvario del Cerro Intititayanqa que está en el mismo Haquira, hasta fiestas religiosas como el Señor de Huanca, Señor de Ccoyllor Riti, Virgen de Copacabana, Señor de los Milagros de Lima, Cristo Cautivo de Ayabaca.

2.3. Marco legítimo de reconocimiento de terapeutas y su tratamiento

Una persona para ser reconocido como *hanpiqruna* o propiciador del bien requiere de una aceptación social. Con el trabajo de CADEP se emplearon criterios de valoración social de la población para realizar su registro de veintisiete (27) agentes (Ver Anexo 4). En la actualidad el número de ese registro ha variado: las parteras fueron en disminución, los curanderos también disminuyeron, mientras que proliferaron los aficionados que muchas veces se llaman a sí mismos como curanderos. Frente a esta situación la población considera que uno de los criterios de legitimidad es el que el agente sea de origen campesino y tenga residencia en la comunidad, esto por creer que tienen vínculos con las deidades o *apus*. Que su aprendizaje lo haya hecho de la manera tradicional, o sea *qhawaspa yachaspa* (aprendiendo y observando). Que tenga varios años de experiencia y sea certificado de forma verbal por varias personas de su entorno. Asimismo, se espera que su repertorio terapéutico sea lo más apropiado y sepa dominarlo.

Para el diagnóstico se espera que disponga de un amplio repertorio de técnicas y materiales, que sea rápido y efectivo. Aquellos que emplean varias técnicas y lo hacen repetidas veces, posiblemente lo hagan para cobrar más dinero a quien consulta. En otras ocasiones, un malestar estomacal es fácilmente asociado a la mala alimentación y se pide que el “curandero” entregue una receta de plantas, pero este recurre a diagnósticos adivinatorios y al final su trabajo es percibido poco fiable. Otros males se pueden diagnosticar con solo hacerle una entrevista corta a la persona que padece del mal y si no procede de esa forma, también se le cuestiona. Con el tratamiento de las fracturas de huesos también se espera que el tratamiento sea de directa aplicación con tablas, carrizo y vendas; pero si el huesero procede a rituales y actos mágicos y no se observan los resultados también será cuestionado.

Se espera que el tratamiento sea en el mismo lugar en donde se hace el diagnóstico y dé resultados de la forma en como lo indica el *hanpiqruna*. El tratamiento debe ser rápido y el mismo *hanpiqruna* debe poseer los insumos. En caso de no tenerlos, debe saber en dónde conseguirlo para enviar a alguien para que lo consiga. El costo de la intervención también debe ser en mutuo acuerdo. Esperan que sea más accesible que una farmacia. Muchas veces se cuestiona que cobre por emplear elementos extraídos de la misma naturaleza. Quienes ya pasaron por el centro de salud y por las farmacias y ven cierta mejora hacen los pagos sin cuestionar. En otras ocasiones las personas sanadas en señal

de agradecimiento envían obsequios durante mucho tiempo. En ciertas ocasiones el pago que debía ser equivalente a un saco de maíz es multiplicado en cantidad o reemplazado por un toro en señal de grato agradecimiento. A pesar del reconocimiento y prestigio y frente a la aparición de charlatanes, la población es más desconfiada y tiene mucho recelo con el pago.

Por el otro lado, la medicina occidental goza de aceptación en la medida que se piensa que las nuevas enfermedades desconocidas fueron introducidas por los occidentales, y estos pueden tener la cura y los remedios. El mismo Centro de Salud hizo trabajos de sensibilización para que la gente tenga aceptación de ello. Entre el personal que atiende se considera que el médico es la máxima autoridad. Las enfermeras y obstetrices son las más cercanas a la población y muchas veces se las ve con más confianza como para socializar los problemas del hogar y la comunidad. Los productos de la farmacia del Centro de Salud no gozan del mismo prestigio que los que venden en las boticas puesto que al ser entregadas de forma gratuita pierde su valor. Los insumos de mayor demanda son las pastillas. Los métodos anticonceptivos tienen mayor aceptación por el discurso de combatir la pobreza que se instauró desde la década del noventa con la política del gobierno de Fujimori y la prevención de enfermedades de transmisión.

2.4. Itinerarios de atención

Entre curar y sanar hay una diferencia de sintaxis verbal: curar es tratar una enfermedad dejando algún residuo, mientras que sanar es desaparecer definitivamente la enfermedad. Curar puede relacionarse como un calmante por un tiempo, que más adelante puede aparecer el mismo problema. La sanación está dentro del componente espiritual, es hacerle una limpieza y montarle de protección (Portocarrero, 2015). Las personas buscan el bienestar esperando hacer el mínimo esfuerzo, aunque muchas de las veces tienen que poner en marcha todos los recursos a disposición:

“Para resolver sus problemas de salud, la población pone en marcha estrategias pragmáticas: prácticas, modelos y agentes médicos entre sí, dando espacio a un mundo de chamanes, hierberos, médicos, enfermeras, parteros, santiguadores, naturistas, acupunturistas, etc., que operan todos como referencia de la población. Estos distintos modelos médico-culturales están en un constante proceso de contacto e interacción mutua, creando contextos de pluralismo médico” (Campos & Citarelli, 2010, pág. 83).

Un síntoma de malestar pone en marcha toda una serie de técnicas e insumos de tratamiento. Cuando la persona se siente mal busca una alternativa segura para sentirse bien. De acuerdo al sistema de salud local, el itinerario de una persona busca la ruta más fácil, aunque no escatimara en hacer uso de todos los recursos disponibles. Lo primero que hace es comunicar su malestar a la persona más cercana y consultar de lo que podría tratarse. Dependiendo del conocimiento de esta persona de confianza y a la manifestación del malestar la persona acudirá a un aficionado o a un conocedor en curación para saber lo que tiene, la persona de confianza algunas veces puede ser la persona aficionada o conocedora de medicina tradicional. Si ve más factible ir al establecimiento de salud acudirá a este, aunque comúnmente se acude a una persona conocedora. El interés es conocer el diagnóstico del malestar para recibir un tratamiento inmediato. La respuesta del aficionado va ser recomendar en ir al Centro de Salud o directamente a una botica particular, si se trata de algo simple o también mandar al conocedor o *hampiq*. Si la persona acudió directamente al conocedor ahí recibirá un diagnóstico y si este detecta algo simple le recomendará alguna planta medicinal o una receta casera. Si la causa del padecimiento es difícil de conocer pondrá en marcha las técnicas y recursos para el diagnóstico. Una vez llegado a un diagnóstico se decide en mutuo acuerdo el tratamiento que emplearan y esta intervención será en el mismo domicilio del conocedor o enfermo. El tratamiento puede ser desde una frotación hasta la realización de un ritual. Las manifestaciones de mejora no siempre se darán en el mismo momento. Sobre las próximas manifestaciones de mejora da indicaciones y le ordena seguir paso a paso ciertas tareas. La persona tratada se marcha y en los siguientes días sigue las indicaciones, de esto hay vigilancia de la familia y del mismo terapeuta. Una vez pasado el tiempo estipulado la persona tratada acude al terapeuta a dar su reporte de los resultados.

Mapa de Bogotá, Colombia, con las siguientes anotaciones:

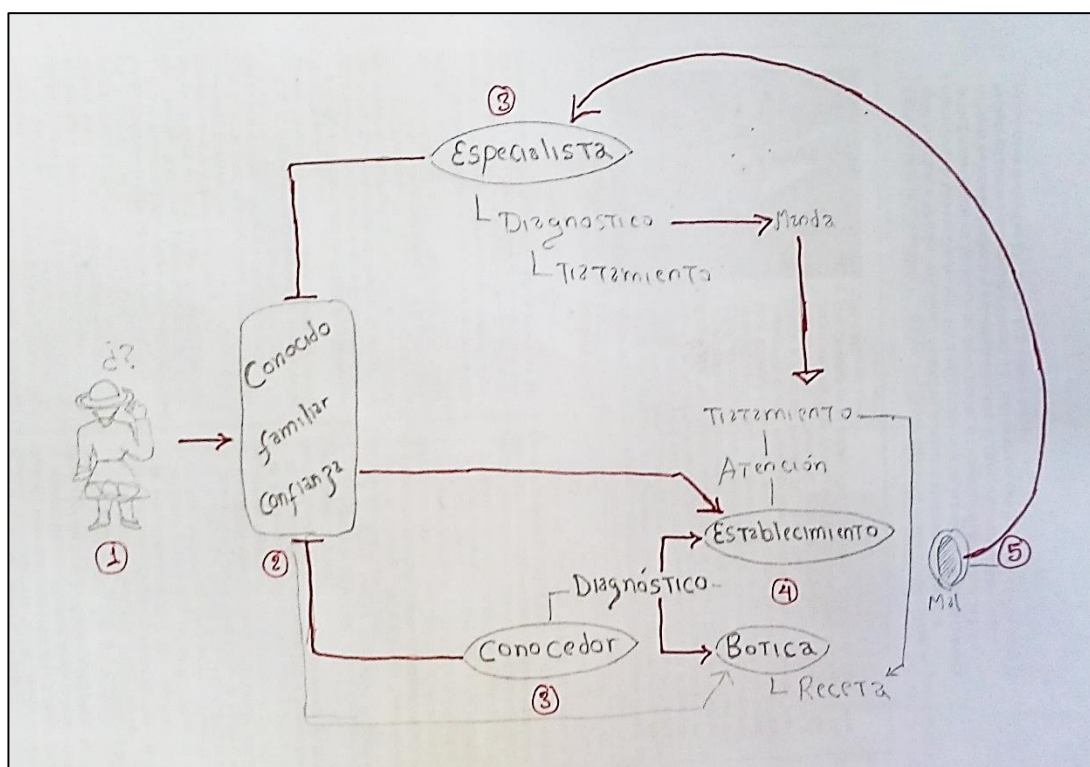
- Centro:** PCCS Hospital, PCCS Hospital.
- Arriba:** Agua que sirve en la casa.
- Arriba izquierda:** Para que los que sirven en la casa, que sirven en la casa.
- Arriba derecha:** Para que los que sirven en la casa, que sirven en la casa.
- Izquierda:** Mama de campesinos, Conviene lo que se está pasando.
- Abajo izquierda:** Un campesino a caballo, Para saber lo que tengo y como me siento.
- Abajo derecha:** Almuerzo a Guzman, Para que me lo que tengo y como me siento.
- Derecha:** Cuando el que conoce a quien me gusta, se puede ir a la casa y el hospital me dan un cheque de \$500.000. Le dan el cheque que me dan por el cheque, pero el cheque, pero el cheque, pero el cheque.

Elaboración: Marco A. Astete Checaña, 2018

119

al hospital y muy pocas veces se le recomienda terapia. El seguir las recetas es parte del tratamiento y algunos medicamentos que no se expenden en el establecimiento de salud lo consiguen en farmacias y boticas particulares. Dependiendo a la confianza y factibilidad de la persona seguirá acudiendo al establecimiento, en caso de tener nuevos problemas o si el anterior persiste.

Ilustración 11: Diagrama del itinerario de atención de los pobladores de Haquira



Fuente: Entrevistas en el trabajo de campo, 2017

Elaboración: Marco A. Astete Checaña, 2018

Hay muchos casos en donde los problemas no son solucionados en el establecimiento de salud. Es por ello que van a hacerse un nuevo diagnóstico con el terapeuta tradicional. Luego del diagnóstico sigue todo el itinerario arriba descrito. Muchas veces el tratamiento tradicional ha tenido mayores resultados en la mejora de las personas. Aunque lo más común es que las personas reciban la atención en las dos instancias de manera simultánea. Del otro tratamiento que reciben en forma simultánea no suelen contar al personal de salud. En el caso de la salud materna, las mujeres realizan las indicaciones de las obstétricas, realizan los consejos de las madres parteras, son examinadas en ginecología, también son tratadas con masajes de parteras y al final dan su parto en el Centro de Salud.

2.5. Prevención de la salud

Un síntoma de malestar pone en marcha toda una serie de técnicas e insumos de tratamiento. Cuando la persona se siente mal busca una alternativa segura para sentirse bien. Lo primero que hace es comunicar su malestar a la persona más cercana y consultar de lo que podría tratarse. Dependiendo a la manifestación del malestar, la persona acudirá a un experto o al establecimiento más cercano para saber lo que tiene. Si ve más factible ir al establecimiento de salud acudirá a este, aunque comúnmente se acude a una persona conocedora. La persona conocedora puede ser un *hanpiqruna* o un aficionado. Si este detecta algo simple le recomendará alguna planta medicinal o una receta casera. Si la causa del padecimiento es difícil de conocer pondrá en marcha las técnicas y recursos para el diagnóstico. Una vez llegado a un diagnóstico se decide, en mutuo acuerdo, el tratamiento que emplearán y esta intervención será en el mismo lugar. El tratamiento puede ser desde una frotación hasta la realización de un ritual. Las manifestaciones de mejora no siempre se darán en el mismo momento. Sobre las próximas manifestaciones de mejora, da indicaciones el terapeuta y ordena seguir paso a paso ciertas tareas. La persona tratada se marcha y en los siguientes días sigue las indicaciones, de esto hay vigilancia de la familia y del mismo terapeuta. Una vez pasado el tiempo estipulado, la persona tratada acude al terapeuta a dar su reporte de los resultados.

La otra ruta es por el lado del establecimiento de salud. Si la persona ve más conveniente acudir al establecimiento de salud dejará sus actividades y marchará a este. En el establecimiento se atiende con el Seguro Integral de Salud y lo primero que se hace es sacar la historia clínica para ser atendido. Luego, dependiendo de la cantidad de los que acuden, esperará cierto tiempo para ser atendido en la sala de triaje para hacer el registro de sus datos básicos. Luego de esto, esperará que lo llamen en la sección que pidió ser atendido. En la intervención le hacen un diagnóstico rápido si se trata de medicina general, obstetricia, pediatría o psicología. Si es en odontología, por la naturaleza del tratamiento, tendrá cierta demora. Luego del diagnóstico se le da indicaciones y una receta; existen casos en donde amerita ser internado para la recuperación, otras veces se requiere de una cirugía y es evacuado al hospital, también las emergencias son derivadas al hospital y muy pocas veces se le recomienda terapia. Dependiendo a la confianza y factibilidad de la persona seguirá acudiendo al establecimiento, en caso de tener nuevos problemas o si el anterior persiste.

Hay muchos casos en donde los problemas no son solucionados en el establecimiento de salud. Es por ello que van a hacerse un nuevo diagnóstico con el terapeuta tradicional. Luego del diagnóstico sigue todo el itinerario arriba descrito. Muchas veces el tratamiento tradicional ha tenido mayores resultados en la mejora de las personas. Aunque lo más común es que las personas reciban la atención en las dos instancias de manera simultánea. De lo que reciben otro tratamiento no suelen contar al personal de salud. En el caso de la salud materna, las mujeres realizan las indicaciones de las obstetrices, realizan los consejos de las madres parteras, son examinadas en ginecología, también son tratadas con masajes de parteras y al final dan su parto en el Centro de Salud.

3. Pluralismo de salud en el mundo rural

El pueblo de Haquira mantiene rasgos peculiares debido a factores ecológicos e históricos que en la actualidad se muestran como aspectos culturales singulares. De acuerdo a la información obtenida entre los pobladores de Haquira se encuentra que comparten ciertos patrones comunes con otros pueblos andinos de los que existe evidencia. En cuanto a la salud tiene su propia forma de concebirlo y realizar prácticas evitando el mal puesto que “cada cultura define su propia forma de comprender, adecuar y clasificar su mundo de acuerdo con su ideología, y ésta define representaciones y creencias con las que se concretan formas de acción a nivel político, religioso, filosófico y en salud” (Laza & Cárdenas, 2009). Ello determina las propias concepciones sobre salud, enfermedad, dolor y muerte, las que también generaran propias formas de prevenir y curar la enfermedad, eliminar el dolor, promover la salud y cuidar la vida. “salud y enfermedad están condicionados por la manera como los hombres están socialmente organizados y participan del proceso productivo y cultural que los envuelve e influencia sus concepciones individuales y colectivas” (Laza & Cárdenas, 2009). Sin embargo, la zona rural en el Perú está marcado por el rasgo distintivo de la pluralidad del sistema de salud (Borja, Medical Pluralism in Peru - Traditional Medicine in Peruvian Society, 2010); en Haquira también se encuentra ese fenómeno de pluralismo por la coexistencia del sistema tradicional, popular, biomédico, alternativo y religioso. Significa entonces, desde la bibliografía en la región, que en las zonas alejadas de las ciudades, los pobladores hacen uso de recursos y prácticas médicas de origen local y foráneo al mismo tiempo que los servicios de salud oficiales que tienen el enfoque biomédico (Koss-Chioino, 2004).

Entre las prácticas y concepciones, estas últimas determinan la configuración del sistema de salud local. De las practicas medicas existe un carnaval medico de especialistas con tratamientos y formas de prevención, pero tiene profunda importancia en las concepciones acerca de la enfermedad y la salud puesto que en las zonas rurales y con tradición cultural los conceptos marcan las pautas para estructurar un determinado sistema (Zuluaga, 2006). Quiere decir que en un contexto de pluralidad del sistema de salud cada subsistema tiene sus propias pautas y estructuras, por el que estas últimas pueden traslaparse entre sí (Borja, 2010; Crandon, 1986). En la población de Haquira se presencia la coexistencia de varios subsistemas debido a los cambios sociales ocurridos hace décadas, sin embargo, la conceptualización sobre la salud o el “estar bien” es tomado de los preceptos de la medicina tradicional y aun los otros subsistemas no marcan su impronta en este aspecto.

La medicina tradicional se configura como uno de los sistemas médicos que coexisten con el hegemónico. Agrupa a un conjunto de conocimientos, creencias, prácticas y recursos, sustentados en el saber popular, desarrollado en un contexto sociocultural particular; de los que la población hace uso de forma empírica para resolver sus problemas de salud. La medicina tradicional persiste sobre todo en el mundo subdesarrollado. Esto se debe no solo a cuestiones culturales, sino con problemas de acceso a los servicios sanitarios formales, la baja inversión social, conflictos sociales y armados en las zonas rurales. Los procesos sociales, económicos y culturales posibilitan el desarrollo de diferentes formas de atención. “Las diversas formas de atención y cuidado de la salud diferente a las definidas en el modelo biomédico se configuran como estrategias de supervivencia desarrolladas por colectivos que viven en difíciles condiciones de vida” (Laza, 2009, pág. 62).

La medicina tradicional, junto a los otros sistemas como el popular, alternativo, religioso y a la medicina formal forman el sistema de salud local de Haquira que tiene la función principal de resolver los problemas y males, sin embargo, existen otras funciones de índole social que desbordan lo epidemiológico. Es preciso mencionar que el sistema de salud con predominancia de lo tradicional en las concepciones tiene la función del afianzamiento de las relaciones sociales, representa los valores sociales locales, crea espacios de ocio, forma parte del aspecto educativo e incentiva la curiosidad. Este sistema de salud, también rotula la identidad de un contexto reconocido como un paraje de las provincias altas con las características de ausencia del Estado, ecología limitada

y sistema económico precario. Quiere decir, en consecuencia, que la coexistencia de varios subsistemas médicos que hacen el pluralismo médico responde como una serie de valores funcionales a un contexto de una ecología dificultosa de altura con valles profundos, una economía precaria de subsistencia y condiciones sociales arduas con orígenes históricos que revelan la existencia del racismo, exclusión social, abigeato y violencia.

Capítulo 4

Prácticas y concepciones de cuidado materno en Haqira

En esta sección se muestra la forma de cómo las mujeres perciben y realizan formas de cuidado durante el periodo de embarazo. Con esto se pretende explicitar la información que las gestantes traen consigo de sus acervos epistemoculturales. Las concepciones y prácticas sobre el cuidado materno están determinadas por la concepción sobre la salud y la enfermedad. Así también, la concepción de la salud es marcada por su cosmovisión del mundo, territorio y los distintos planos de la realidad. Los mitos y narraciones populares locales dan sustento a la cosmovisión. A pesar del mestizaje desde el siglo XVI y la creciente globalización aún se mantiene la cosmovisión andina y una de las formas más visibles de esta es en el ámbito de la salud. De acuerdo a las concepciones de salud y enfermedad los pobladores de Haqira han desarrollado un sistema propio de cuidados para la salud materna, el cual está sujeto a los cambios del contexto social.

1. Salud materna: embarazo, parto y puerperio

2.1. Concepciones sobre el origen y naturaleza del embarazo

La concepción en las mujeres sobre el origen y naturaleza de su embarazo ha sufrido modificaciones en estos últimos tiempos. Las personas mayores y sobre todo en las comunidades hablan de que una persona se forma como si fuera una planta. La mujer es como la tierra en la que se pone la semilla cuando el terreno fue preparado. Esta es una asociación a la actividad agrícola en la que se prepara la tierra limpiándola de impurezas y abonándola. La mujer preparada o “madura” es la que tiene mucho tiempo menstruando y tiene el cuerpo desarrollado como para soportar el embarazo, parto, lactancia y el cuidado de los niños.

En la actualidad los hombres y las mujeres son conscientes que ambos contribuyen en la concepción. Hay conocimiento sobre la reproducción y control de la fertilidad, manejando conocimientos sobre el aumento de la potencia sexual, anticonceptivos, manejo de embarazos no deseados o la esterilización. De acuerdo al conocimiento tradicional emplean plantas para el control de la fertilidad y este puede ser dividido en: anticonceptivos; abortivos; afrodisíacos; activadores y auxilantes del parto (Berlín, 1980).

Ilustración 12: Crecimiento embrionario del bebe según la concepción de las personas



Fuente: Dibujo de estudiante de segundo Primaria de la I.E. Cesar Vallejo, 2017.

En el caso de los adolescentes el conocimiento sobre la salud sexual va en función a la información que estos puedan disponer, la voluntad de emplearla y la curiosidad. La proliferación de las tecnologías de la información hace que los adolescentes tengan a su disposición información de muchas fuentes. Pero la cantidad de información que obtenga siempre estará en función de su deseo querer conseguirla. Muchos de los que buscan tener conocimiento sobre la sexualidad son conscientes de que esto es como parte de sus derechos en salud sexual reproductiva. Aunque esto genera concepciones e interpretaciones diversas. Quiere decir que el nivel de información que una persona tenga y su manera de exponerlo genera opiniones de todo tipo. En las conversaciones con los adolescentes de los colegios y entrevistas con profesores y personal de salud agrupan las opiniones como diferentes entre varones y mujeres.

Se dice que entre los varones todos saben sobre educación sexual. Entre las opiniones destacan que los hombres siempre tienen algo que decir sobre sexualidad como un deber “de hombre”. Aquel que no sabe es considerado alguien raro, tiene orientaciones sexuales que tienden a la homosexualidad o simplemente es cobarde y se le nombra como “maricón”. Cuando los varones ostentan su conocimiento sobre sexualidad no hay censura para ellos y más bien entre ellos existe admiración para el que tiene mayor conocimiento o mejor aún si lo menciona desde una fuente empírica. El tema de la sexualidad es frecuente entre los varones ya que lo mencionan en repetidas ocasiones. Suelen elaborar analogías, ejemplos, narrar historias, contar experiencias sexuales, comentar los hechos, todos relacionados al sexo. De esto dicen que pasan a niveles de perversión en cuanto al empleo de lenguaje puramente sexual, el consumo “exagerado” de la pornografía, el acoso sexual a sus compañeras, el flirteo y los *affaires*. De esto último señalan que el varón que consiga tener “agarres” y no sea descubierto es todo un portento o un “capo”, “pendejo”, “liso” digno de imitar.

Los varones dicen saber mucho, pero sus casos pasan a niveles pervertidos. Ahora andan en asuntos de pornografía. Incluso tratan de hacer ver a sus compañeras con engaños. Todos tienen pornografía en sus USB o celulares. También están en eso de tocar a las mujeres. Les están jalando del cabello, le jalen la falda, están agarrando de los hombros. O cuando una mujer se está sentando gritan imaginando cosas. También hay profesores pervertidos, si lo escucharas hablar. Con el *Facebook* o *Whatsapp* la gente empieza a gilear más. Hasta un solo chico gilea a todas las del salón. No importa a quien sea, hasta la más fea es gileada. Aunque mis

compañeros más se fijan en la cara. Los mayores sí, solo miran el cuerpo. Las chibolas también están en eso de tener enamorados. Según ellas agarran su celular y dicen responder a sus fanáticos. Aunque es contradictorio, dicen tener fanáticos, pero también dicen no tener nada con chicos (Entrevista a escolar, Haquira, 2017).

Sobre las mujeres encuentran dos grupos: las que aparentan saber mucho y las que dan la apariencia de no saber nada. Sobre el primer grupo dicen que se las puede reconocer fácilmente porque siempre hablan de ese tema. En clases de Persona Familia y Relaciones Humanas ellas son las que más dominan el tema. Siempre opinan sobre temas de reproducción, control de la fertilidad, anticonceptivos, embarazos no deseados o la esterilización, aumento de la potencia sexual, placer sexual. Siempre que aprenden algo lo comentan y lo comparan con casos reales o casos de las películas y novelas. Les gusta comentar “chismes” sobre casos de otras chicas y censuran a quienes atravesaron por episodios vergonzosos. Para muchos, este grupo de chicas, hablan por ser muy curiosas tratando de abrir el tema para aprender más. Sobre sus opiniones de censura y sus actos liberales de poner el tema en bandeja lo consideran como inmadurez.

Tabla 13: Concepciones sobre el conocimiento en salud sexual reproductiva

Mujeres		Hombres
Aparentan saber mucho	Aparentan no saber nada	Aparentan Saber
<p>Hay gente que parece saber mucho, porque hablan mucho. Dicen conocer mucho del tema. Siempre hablan de lo que saben. Tienen mucha curiosidad por el tema. Censuran a quienes atravesaron por eventos vergonzosos. Sus opiniones y actos son de inmadurez.</p>	<p>Nunca se les escucha hablar. No hablan nada en clases. Suelen hablar entre ellas, pero de sus propios casos. Lo ven como un tabú. Atinen a callar sobre temas comunes en sexualidad. Existe mucha censura entre los que son de este grupo. Conocen el tema empíricamente. Callan su conocimiento por vergüenza. Hay mucha censura para este grupo.</p>	<p>Los hombres siempre tienen conocimiento. No hay censura para ellos al mostrar lo que saben. El tema sexual es frecuente Muchas veces pasa al nivel de “mañosería”.</p>

Fuente: Marco A. Astete Checaña, 2017.

Entre el grupo de las mujeres que aparentan no saber nada se les etiqueta de esta forma porque nunca se les escucha hablar de estos temas. En las clases, cuando se habla del

tema de sexualidad, ellas nunca emiten alguna opinión. Algunos quisieran explorar con mucha curiosidad sobre su nivel de conocimiento y sus opiniones sobre estos temas. Quienes llegaron a tener confianza con ellas dicen que el tema de la sexualidad solo lo hablan desde su experiencia. La mayoría son chicas tímidas. Aquellas que no tuvieron experiencias relativas a la sexualidad atinen a callar y aprender desde la experiencia de las personas. Abrir el tema en público o entre muchas personas lo ven como un tabú. Las que tuvieron experiencias solo hablan entre ellas y frente a las personas prefieren callar por vergüenza. Hay mucha censura para este grupo por ser muy retraídas y entre los varones dicen que “ellas son más hechos que palabras”.

Tabla 14: Gestantes Reenfocadas en Haquira

Grupo Etéreo	Gestante con Atención Prenatal Reenfocada 2015	Gestante con Atención Prenatal Reenfocada 2016
< 12 a.	0	0
12-17	1	5
18-29	29	54
30-59	10	39
TOTAL	40	98

Fuente: Micro Red de Salud Haquira, 2017.

Como se ha visto, la mayoría de las mujeres gestantes están entre los 18 y 29 años. Las concepciones son propias para cada edad, pero en Haquira hay un patrón común de creencias y la diferencia solo está en algunas opciones de cuidado entre mujeres jóvenes y mayores, de las comunidades y del pueblo. Quiere decir que hay diferencias muy tenues entre las mujeres de las comunidades y las mujeres de la capital distrital. Dentro del contexto de las comunidades hay diferencias entre las mujeres jóvenes y las mayores; así también sucede en la capital distrital. Las creencias son las mismas en todas las mujeres, pero la forma de cuidado varía en las más jóvenes respecto a las mayores al introducir elementos de la “modernidad”. La confrontación entre lo moderno y lo tradicional, traducida a la dualidad de misti frente a campesino, como occidental frente a andino, se observa en términos de residencia y edad. De acuerdo a los antecedentes de la composición demográfica de la zona de Cotabambas, la población es heredera de un complejo proceso de mestizaje de occidentalización de los nativos y andinización de la “gente blanca” (Mesa & Valderrama, 2000). Sobre esta situación Arguedas decía en el siglo pasado: “la mayoría del pueblo racialmente mestizo se mantiene indio, en

costumbres y por su condición social; su vida es indígena en todas sus manifestaciones” (Arguedas, Canto Kechua, 1989). Esto indica que la población se ha unificado en términos de estructura mental, sin que esto signifique que los otros ámbitos de la vida sean uniformes.

Los criterios para escoger a una pareja idónea en las mujeres es que el varón sea laborioso, ofrezca seguridad, sea comprensivo y siempre sea respetuoso. Las relaciones se dan entre personas de la misma comunidad en su mayoría, ya sea por vivir en casas aledañas, tener actividades similares, en contextos del colegio, en el trabajo y sus inicios se dan porque el varón muestra simpatía, transmite alegría y es afectivo. La aspiración que tienen es formar una familia en el que padre y madre puedan “mantener” a los hijos y “salir adelante”. Por eso se requiere que las parejas tengan los recursos materiales y humanos. En los casos en donde los jóvenes proceden de diferentes grupos sociales, ya sea por origen étnico o clase social, existe prohibición de los padres. También se cataloga como relaciones prohibidas a las uniones que se dan entre hijos de familias que tienen conflictos o rivalidades históricas. En muchos casos las uniones no progresaron por la prohibición de los padres, sin embargo, hay casos en donde las parejas prohibidas se formaron pese a las adversidades, similar al cuento que se suele relatar sobre el origen del abejorro:

OYRONQO

En tiempos muy remotos, el diablo tuvo una hija única muy hermosa. La doncella en cierta ocasión conocía a un elegante joven, que vestía de un terno negro con una corbata de color blanco. Este joven era el Chullullu de quien se enamoró locamente.

Un día fue en busca de él, le ubico lavándose en un riachuelo. Entonces muy sonriente se aproximó y le hablo suavemente al místico joven; poco a poco se ganó la confianza y le declaro su inmenso amor por él. Pasado el tiempo se hicieron enamorados; pero el diablo, en más de una ocasión había visto a su hija con ese joven extraño, motivo por el cual encerró a su hija en su cuarto, porque también no quería que su hija viva con ese hombre. Hasta que la chica, una mañana muy de madrugada logro escapar de allí: inmediatamente llamo a Chullullu, quien al escuchar la voz de su amada salió al encuentro. La hija de Juanico, muy apresurada le dijo:

- Mi amado tesoro, vamos de prisa, mi padre viene atrás, si nos alcanza te matará.
¡Vamos Chullullu... vamos!

Sin perder tiempo tomaron el camino, mientras tanto Juanico valiéndose de las huellas dejadas les siguió. Al notar la aproximación del perseguidor, la joven se convirtió en una flor y el joven en avispa. Juanico hizo perder los rastros y solo pudo encontrar en su camino una flor que era chupada por una avispa. Entonces Juanico se regresa a casa triste al no conseguir su intención. La esposa de este le increpo diciéndole:

- ¿Acaso eres ciego? En el camino te has encontrado con ellos; nuestra hija se ha convertido en una flor y el en una avispa.

Renegado, nuevamente salió a buscarlos; pero en esta vez no encontró nada en el lugar. Al notar las huellas de nuevo los siguió y de pronto se chocó con un templo, allí un padre realizaba una misa. Juanico pregunto al padre por el par de jóvenes; pero el padre respondió que no había visto nada, así que Juanico retorno nuevamente a casa. Al llegar nuevamente su esposa, muy irritada, le gritó:

- ¡Cómo es posible que regreses sin traer contigo a nuestra hija!

Juanico respondió:

- Ya no pude encontrar la flor ni la avispa; porque ya se habían ido. Solo en el camino me choque con un templo donde un cura hacia la misa. Incluso le pregunte a él, pero me respondió diciendo que no vio a nadie pasar por ahí.

La mujer le contesto:

- ¡Carajo! Nuestra hija se ha convertido en el templo y Chullullu era el cura.

Juanico, armándose de cuchillos y hondas se fue decidido a matar al hombre. Al llegar al lugar tampoco pudo encontrar el templo ni al cura. Entonces, prosiguió detrás de las huellas que siempre aparecían en el camino. La hija del diablo sabia la intención de su padre; por ello se convirtieron ambos en *oyronqo*, entraron al corazón de los maderos de un puente, perforando muy rápido las vigas y cuando Juanico cruzaba el puente, este se cayó al rio cargado. Allí se ahogó Juanico y las aguas arrasaron y recién se quedaron libres los dos amantes.

Chullullu y la hija del diablo convertidos en *oyronqo* se quedaron juntos para siempre. La chica quedo como un *oyronqo* de abdomen rojo y Chullullu en uno de color negro oscuro con el pecho blanco como una especie de corbata.

En casos en donde la restricción es total para las parejas, estos deciden marcharse lejos de sus padres para no ser impedidos. Era muy común oír que algún mozo o jovencita había desaparecido de la comunidad recurriendo al *chinka chinka* y posiblemente vuelva de unos años con una familia ya formada. Se sabía que alguien se había perdido porque recogía todas sus pertenencias que serán necesarios para su futura estadía. En un canto popular de época de carnavales se retrata esta costumbre narrando el plan frustrado de una pareja porque uno de ellos no llegó al lugar pactado para emprender la marcha. Este canto popular fue recopilado e interpretado por el Centro Folklórico Kutaq y la cantante Tula Cajigas (CFK, 1973):

Versión original en quechua:

*Chinkasunmi niwaqtiyki
chinka chinka
llikllachayta qhoqorayki
chinka chinka*

*Maytaq kunan chinkanchischu
chinka chinka
chinkayllapas mana yachaq
chinka chinka*

*Maytan kunan chinkanchischu
chinka chinka
chinkayllapas yachachina
chinka chinka*

*Chinkaspaqa chinkasaqsi
chinka chinka
tawa pishqa watachapaq
chinka chinka*

*Yuyarispá waqanata
chinka chinka
waqaykuspa mashkanata
chinka chinka*

Traducción libre:

Cuando me dijiste que nos perderemos
chinka chinka
te entregue mi mantita
chinka chinka

Ahora donde esta esa desaparición
chinka chinka
ni siquiera sabes cómo perderte
chinka chinka

Ahora donde esta esa desaparición
chinka chinka
hasta para perderte se te debe enseñar
chinka chinka

Si es que me pierdo desapareceré
chinka chinka
por cuatro o cinco años
chinka chinka

Recordando aquello que se llora
chinka chinka
Llorando mi búsqueda
chinka chinka

En décadas anteriores existían compromisos por arreglo de los padres de las parejas jóvenes. Se suponía que los padres, con la experiencia de los años, y conocimiento cabal

de las personas del pueblo sabían quienes podrían ser las parejas adecuadas para sus hijos e hijas. Asimismo, aún existe un fuerte cuidado de que las mujeres se comprometan con personas poco idóneas o extrañas. Se le sugería desde niñas que no vayan a estar próximas a varones desconocidos. Por eso en la tradición popular se oyen cantos referidos a estos cuidados y prohibiciones. Ejemplo de ello es este canto popular del género *qhashwa* (carnaval) cantado por los campesinos de la provincia de Cotabambas, que fue recopilado por el Conjunto Cultural Kutaq del año 1964.

Original en quechua

Varón:
 Manzana *pukay pukaycha*
 durazno *q'elloy q'elluycha*
piparaq pukayashanki
mayparaq q'elloyashanki

Mujer:
Noqaqa pukayashani
noqaqa q'elloyashani
reqsisqay runaq wawanpaq
reqsisqay runaq churinpaq

Traducción libre

Varón:
 Manzana roja rojita
 Durazno amarillo amarillito
 Para quien todavía estarás enrojeciendo
 Para quien todavía estarás amarillando

Mujer
 Yo estoy enrojeciendo
 Yo estoy amarillando
 Para el hijo de alguna conocida
 Para el hijo de algún conocido

Consideran que la gente foránea puede mentir en cuanto a sus recursos, su familia y sobre sus sentimientos. Prefieren que la pareja sean hijos de personas conocidas de manera que ya tengan conocimiento de los recursos con los que cuentan, el comportamiento de la familia en los eventos sociales y en las actividades laborales. Cuando se trata de una persona foránea es imposible saber si su familia posee tierras para la siembra o ganados para la alimentación. Para prevenir frustraciones o decepciones muchas veces piden pruebas para certificar lo que dice el que hace la petición. En la narrativa popular cuentan de un ave que convertido en hombre contrae matrimonio con una joven y este le muestra riquezas en su hogar, hasta que esta ave muere por un accidente y las riquezas terminan desapareciendo porque resulto ser embrujo del animal. De igual forma narran la historia de un cóndor que captura a una joven de nombre Cusi para su esposa y la lleva a su casa en donde la hace sufrir²⁷. También se piensa que la persona puede haber fingido su personalidad y apariencia hasta que después de un tiempo se enteren que tenía otra familia o era un forajido; así lo

²⁷ Recopilación y adaptación de Aníbal Arredondo.

ejemplifican con la historia de un zorrino que de noche era un mozo y de día un anciano; cuando se descubre su farsa se llevan mayor sorpresa al ver que en realidad era un zorrino. También es común que mientan diciendo tener pertenencias y riquezas cuando solo se es ayudante de algún adinerado; como es comparado con el cuento del perro que quiso casarse con una mujer.

EL ALQAMARI SE VUELVE YERNO

Un *alqamari* (ave andina) convirtiéndose en un joven, se enamoró de una chica. El *alqamari* más antes ya había visto a la doncella en el cerro pastando el ganado de su padre. Una noche el *alqamari* ingresa al cuarto donde dormía la chica y la despierta con una suave voz. Con esto pudo entrar en una conversación amigable y de a pocos le declaro su amor. Ahí mismo le prometió amor eterno diciendo que solo la muerte los separaría. La chica muy emocionada le creyó y así juraron amarse toda la vida.

Todas las noches el joven la visitaba y se acostumbraban como marido y mujer. Pero una noche la chica le cuenta a sus padres sobre sus encuentros y compromiso con un hombre bastante bueno, con quien incluso ya tenían un plan para casarse. El padre contesto:

- Hija, quiero conocerlo mañana mismo a ese joven.

La chica le comenta al *alqamari* y lo hace quedar en su casa hasta la amanecida. Ya en el día la hija les presenta a sus padres, quienes conceden a la hija para el matrimonio. Desde ese día convivieron en la casa de los suegros por varios días, hasta que el *alqamari* le pidió al suegro:

- Papa, permítame llevar a su hija, que ahora es mi esposa, a mi casa y también presentarla a mi familia.

El suegro accedió a la petición y como condición para el permiso le dijo:

- Hijo, pasado mañana tienes que regresar a ayudarme a degollar una machorra.

La chica y el *alqamari* despidiéndose se fueron tomados de la mano. Pronto llegaron a la casa del joven. Allí había todo: comida, ropa, lujos. Llegado el día del trabajo, el *alqamari* dejando a su esposa en su casa, se fue a ayudar a su suegro. Empezaron

laceando a la machorra y prosiguieron degollándola. Entonces el joven le suplico a su suegro diciendo:

- Papa, por favor permítame comer el *chhamallu* (sangre coagulada).

El suegro le permitió comer y el *alqamari* comió bastante hasta saciarse. El suegro en agradecimiento le regalo una pierna del chalón para que se lleve. Cargado en hombros a la pierna retorno a su casa, pero ya cerca de su casa la pierna lo aplasto dejándolo muerto. En ese rato la chica se dio con la sorpresa de que estaba en medio de una peña rocosa y al pie de esta había un *alqamari* muerto aplastado por una pierna de res. La chica desesperada salto al suelo sin llegar a lastimarse y regreso a su casa contando a sus padres lo ocurrido.

LA PASTORA CUSI Y EL CONDOR

A la distancia se divisa picachos coronados de nieve lugar paradisíaco andino donde vive una familia dedicada a la crianza de alpacas. Francisco, Josefa, Mallco y Cusi, ésta última adolescente de atributos propios de su edad cabellos negros terminada en gruesas trenzas bajadas hasta las anchas caderas, de ojos negros y grandes como el de la vicuña. Ellos apacentaban su numeroso rebaño en las húmedas pampas perdidas en un cielo cargado de nubarrones.

Las veces que Cusi pastaba su rebaño, de la cueva de un peñón volaba el cóndor sobre el tranquilo pastal, negro chillo cuello blanco cual chalina envuelta anunciando llegar la tempestad. Cusi se aterrorizaba y su lanudo perro “Máuser” se inquietaba, el ruido de los truenos y el ulular de los vientos que azotan los pajonales parecía despertar su corazón golpeado dentro de su pecho. El cóndor revoloteaba entre relámpagos y granizos y “Máuser” aullaba melancólicamente.

La tormenta había cesado, el río que dividía la pampa se había agitado precipitándose a la quebrada cubierta de *queñales* (Arboles andinos) Cusi pensaba en la osada ave que con frecuencia la rodeaba, prediciendo alguna desgracia. Era extraño que el depredador no atacaba al indefenso rebaño que cuidaba; pero Mallco constantemente se quejaba de haber sido acechado e incluso de haberle arrebatado al más indefenso crio. Sus padres tomaron de negligente a Mallco increpándole que con Cusi no había pérdidas.

El tiempo transcurría a la presencia del cóndor continuaba incluso con la amabilidad con Máuser. Un día de sol la joven pastora bajó al río a lavar velloncinos de lana para hilar y tejer su vestimenta; en la soledad después de la faena, Cusi disfrutaba de su consabido fiambre, instantes que “Mauser” se desgalo hacia la ladera con entrecortados alaridos al notar la presencia de un caballero elegantemente vestido de negro, chalina blanca y corbata roja. Cusi trato de huir abandonado su mojada lana que secaba en el pedregal; el mestizo la agarró de las manos pidiéndole tranquilizarse pues no le haría daño alguno que el solo estaba de paso.

Cusi permaneció, largo rato apoyada contra un pedrón tratando de controlar el huracán de sus sentimientos que la sacudían hasta los huesos quedando desmayada, el perro le había abandonado con la cola entre las piernas. Recobrado el conocimiento el visitante había desaparecido y el ambiente se encontraba en circunstancias normales. Bañada en lágrimas contó a sus padres lo sucedido, ellos sin alarmarse dijeron que esas imágenes satánicas aparecían en días crecientes de la luna, recomendándole lavar donde el agua corriera apacible y no en las cascadas donde se poseían.

Las lluvias habían vuelto, los ríos crecieron, la nieve de las montañas se diluía por el fuerte sol de mediodía; Cusi había quedado atascada por el río, las aguas no bajaban y el sol se ponía al ocaso, desesperada pedía auxilio y nadie le contestaba solo el eco de las peñas y el aullido de su perro que había vadeado al frente. Cusi desesperada quedó en trance momentos que aparece el musculoso joven de negro ofreciéndole ayuda, ella subió a su espalda agarrada del cuello del desconocido. El mestizo se transformó en cóndor, desplegó sus alas volando entre formidables montañas posándose en una cueva donde hicieron hogar el cóndor y la pastora.

Descender de la cueva era imposible, ella miraba de la alta peña llorando su desgracia volviéndola el vértigo de la altura a su cautiverio. El cóndor bajaba en busca de sustento para alimentar a su prisionera. Sus padres habían agotado su búsqueda, su pericia de seguir huellas cual sabueso habían fracasado, los brujos de la comarca no habían sido escuchados por su tótem quedando el tiempo encargado de disipar sus penas.

La pastora presentaba signos de embarazo, sus sufrimientos y angustia se ahondaban, lo que se esperaba sucedió con el alumbramiento de mellizos mitad humano y el resto cóndor. Cusi sintió terror al ver estos monstruos hijos del infortunio que al fin eran suyos.

Pidió al cóndor bajarla al arroyo a lavar los pañales, éste felizmente accedió, la puso sobre la espalda y bajaron raudamente. La infeliz se había ingeniado golpear fuertemente los pañales contra las piedras del río para ver si alguien pudiera escucharla y avisar a sus padres; el cóndor paseaba celosamente mientras lavaba luego la subía a la espalda y devolvía a la cueva. En una de tantas bajadas, una humilde ranita que solía escuchar los golpes preguntó con sigilo ¿por qué hacía esto? Ella en secreto contó su desgracia; la ranita comprendió y ofreció ayudarla. Se fue donde sus padres y avisó que, cada creciente lunar bajaba su hija a lavar pañales, mostrándoles el lugar; los padres se armaron de hondas y piedras esperando que baje el cóndor, atacaron intempestivamente dejando al intruso malherido. Derrotado se volvió a convertirse en el caballero de negro, ofreciendo visitar al bohío de Francisco para zanjar lo sucedido y presentarles a sus nietos.

En este intervalo Francisco, Josefa y Mallco habían cavado profundos huecos en el interior de su casa enterrando grandes recipientes llenos de agua hervida, cuyas tapas simulaban cómodos asientos. La familia llegó y la recepción fue muy cortés invitándoles tomar descanso; tal fue la sorpresa que los recipientes se abrieron y fueron a dar al fondo del agua hervida dejando de existir el satánico ave e hijos. Cusi quedó libre contando su odisea a sus vecinos sabiéndose que contrajo compromiso con el galán prometido antes de los sucesos.

ANASTASIO

Un zorrino, convirtiéndose en un joven visitaba en forma diaria por las noches a una chica soltera de una familia muy rica, que vivía en un caserío. Este joven estaba muy enamorado de la chica soltera. Así que todas las tardes ingresaba a su cuarto a dormir juntos y por la amanecida se marchaba. En una de las tantas noches la chica le pregunta por el nombre del joven y este le responde como Anastasio. Y ese mismo día la chica le pide al joven para que le ayude en el volteo de papa. Anastasio accede al pedido y para ese día le pide a unos *alqamaris* para que le hagan compañía y le ayuden en la chacra.

El zorrino y los *alqamaris* convirtiéndose en jóvenes simpáticos con chamarras negras, fundillos blancos remangados, pies rojos y bien limpios, llegaron a la chacra tocando cada uno sus quenás y sobre el hombro llevaban sus tirapiés. Tras de ellos iba Anastasio convertido en un abuelo lagañoso, con un poncho negro de franjas blancas por el medio. La chica al ver la llegada se alegró. Entonces, tomaron chicha y luego comenzaron con el volteo; los dos jóvenes se emparejaron y el abuelo hacia el *rapasqa* (volteo de la tierra), así todo el día Anastasio empujó las glebas de un lado a otro.

Al atardecer se despidieron amablemente. Los dos jóvenes se fueron tocando sus quenás alegremente y se subieron en una piedra grande y sentados desde allí tocaban hermosas melodías. La chica miraba a los jóvenes pensando que uno de ellos era su enamorado. De pronto llamo la chica:

- Anastasiooooo... vienes en la tarde a casa, te espero allí.

A lo que respondió uno de los *alqamaris*:

- Nosotros solo hemos venido por suplicas de tu amado Anastasio. Él está cerca de ti, te estas confundiendo con nosotros.

La chica camino un poco y vio al anciano *pikchando* su coca la que le pregunto si era Anastasio. El abuelo le confirmo que efectivamente él era su amado. Horrorizada la chica le apedreo hasta dejarlo muerto. El par de jóvenes simultáneamente se convirtieron en *alqamaris* y se volaron hacia una peña, dejando boquiabiertos a los concurrentes a la chacra.

UN SABUESO SE ENAMORA DE UNA CHICA

En un pequeño caserío vivía una mujer soltera al mismo tiempo que sus padres cuidaban el ganado en una cabaña muy alejada. En esas circunstancias la chica era visitada constantemente por un perro convertido en un hombre. Todas las noches dormían juntos como marido y mujer. El hombre se comprometía a ser muy fie toda su vida. En una de esas noches el hombre le invita a su amada a una fiesta en el pueblo. Le dice que el estará de servicio durante la fiesta porque es un allegado del mayordomo y así podrá convidarle algo.

La mujer muy crédula, convenientemente concurre a la fiesta y con bastante detalle miraba a los hombres con ansias de reconocer a su amado. La mujer se distraía al

ver a un perro que andaba muy abusivo pegando a los demás con la cola levantada y las getas caídas. De pronto ese perro se acercó a la mujer y a sus polleras dejó caer un hueso con trozos de carne. La mujer quedó muda en ese momento y de un rato exclamo con estas palabras.

- Yaw suwa, imananmi, paqtataq (que te sucede ladrón, cuidado).

Por la tarde la joven se marchó a su casa y estaba disgustada. Ya en la noche aparece otra vez el hombre y entra a dormir. La mujer resentida le reprende a su amado y entablan esta conversación:

- Mujer: Oye hombre, por gusto me hiciste ir a la fiesta, porque no te he visto en dicho cargo.
- Joven: yo estaba allí, como no puedes verme.
- Mujer: ¿en qué momento?, todo el rato te estaba mirando y nada.
- Joven: ahí pues, en toda la fiesta yo estaba.
- Mujer: ¿en qué lado estabas?
- Joven: me acerque a ti, te deje comida encima de tu pollera y tú me insultaste.

La mujer se sorprendió y prendiendo su mechero, golpeo con palo al hombre. De tanto golpe el supuesto hombre se convirtió en perro y salió de la casa llorando y ladrando.

En los últimos años se espera que hombres y mujeres tengan recursos y estudios técnicos o profesionales, de preferencia en las mismas proporciones. Por ello, las parejas que se formaron estos últimos años tienen en promedio 25 años. En décadas anteriores era una tendencia que las parejas sean jóvenes uniéndose a los 18 años o que el varón fuera mayor que la mujer. Aunque todavía estas uniones matrimoniales se dan en comunidades lejanas y son muy escasas.

Independientemente de que tengan o no alguna carrera o profesión, se espera que tanto el hombre como la mujer que forman un nuevo hogar sepan hacer las actividades domésticas. En décadas pasadas existía una costumbre de dar en matrimonio a la menor hija solo si esta era capaz de pelar la cascara de una papa llamada *qachun waqachi* (hace llorar la nuera) que tiene varios ojos y dificultan el trabajo. Así también era obligatorio

que la mujer termine de tejer una frazada, poncho o manta para poder contraer matrimonio y dar de regalo esta prenda a su nuevo esposo. Estas tradiciones eran obligatorias ya que representaban el examen de madurez y capacidad de mantener un hogar. Una vez dominados los oficios en la cocina, el tejido, el cuidado de los niños y las labores agrícolas la mujer era calificada como “buena mujer”. Igual el hombre tenía que saber las cosas básicas de la ganadería y agricultura. Sobre todo, tenía que mostrar valentía ante cualquier labor. En caso de que no haya sabido se le dan enseñanzas con aprendizaje acelerado. Estos aprendizajes se hacían durante el periodo de convivencia por prueba o también llamado *servinakuy*. Este periodo de aprendizaje muchas veces suele ser doloroso y penoso, así como lo describen en los mitos y narraciones locales:

QHACHUNWAQACHI

Hace no muchos años atrás, las suegras hacían sufrir desmesuradamente a sus nueras dando maltratos en los trabajos cotidianos de la casa. Una de esas formas consistía en entregar una cierta cantidad de papas para que las pelen. Este tipo de tubérculos presentan ojos profundos y cercanos entre sí; esto tenía el propósito de generar disgusto en las nueras. Las papas se achican al ser peladas y a la vez las nueras demoraban bastante tiempo; por ello recibían el apelativo de *waylaka* (ociosa) y peor aún se hacían gritonear al momento de entregar. Por este caso denigrante, las nueras, muchas de ellas con carácter sentimental, lloraban a escondidas y otras muy humilladas, se guardaban la amargura en su interior. Esto hizo que la gente llamara a esta variedad de papa como *qhachunwaqachi* (que hace llorar a la nuera) (Montes, 2006, págs. 19-20).

QHATAYWAQACHI

Nuestros abuelos cuentan que hubo un yerno de una familia acomodada. Un día el suegro le entrego un borrego para que lo degüelle rápido. El yerno, por proceder de una familia sin ganados, no pudo cumplir satisfactoriamente el mandato del suegro. Al ser visto conjuntamente con otros familiares del suegro se burlaron del yerno, menospreciando y riéndose a carcajadas. El yerno se demoró muchísimo tiempo en sacar las presas del chalón, precisamente en la parte de la columna vertebral y la cabeza en donde existen entrecruces de huesos con difícil separación. Solo los baqueanos pueden hacerlo diligentemente. El suegro le grito con palabras gruesas y ofensivas. Entonces el yerno desvergonzado y muy renegado no se aguantó y soltó

lágrimas de pura cólera. Por esta historia llaman *qataywaqachi* a la unión de huesos de la columna vertebral con la cabeza de cualquier ganado. Significando como la parte que hace llorar al yerno (Montes, 2006, pág. 22).

Las residencias generalmente son patrilocales puesto que el varón al pedir a la mujer como esposa ya había reunido las condiciones para convivir y se le responsabiliza para asumir los costos de la convivencia. Se dan casos en donde hay una familia con varios hijos varones y estos llevan a sus nuevas mujeres a la casa de sus padres de esa manera forman familias extendidas. Muchas de estas unidades domesticas pueden durar años, incluso décadas; pero la regla y presión social hacen que se busque una nueva casa. En algunos casos, la convivencia en la familia extendida genera conflictos y por este motivo también buscan otro nuevo hogar. Una condición para que la nueva familia permanezca en la casa del varón es que contribuyan en el trabajo durante las actividades. Quiere decir que las parejas jóvenes establecen una convivencia en residencias nuevas o provisionalmente en la casa de uno de los suegros. La convivencia se da por voluntad de la pareja joven y por arreglo de los padres de estos. Según datos del municipio, el compromiso matrimonial es, con mucha frecuencia posterior a la llegada de los hijos. En una recopilación de narraciones de Edmundo Montes describe la convivencia de las conuerras en la casa del suegro, sus tareas obligatorias y de forma normativa termina diciendo que desde ese desenlace las nueras tienen que contribuir con trabajo:

LAS NUERAS EN LA CASA DEL SUEGRO

Los abuelos cuentan, que al principio de los tiempos un hombre muy rico tuvo como nueras al sapo y una *urpi*. Entonces cada una de ellas se esmeraban en los trabajos y quehaceres de la casa.

El sapo afanosamente molía el maíz para preparar la chicha, todo embarrada con el *peqa* (masa), haciendo sonar onomatopéyicamente:

- *Laq, laq, laq, bam, bam, bam ...*
- *Bam, bam, bam, laq, laq, laq...*

Otros días, tomaba la lana de la llama, las desmenuzaba e hilaba para tejer mantas, ponchos y *likllas* para su esposo y suegros.

Mientras que la *urpi*, solo cogía grano de maíz, lo trituraba en su pico y escupía a los *p'uyñus* (chombas) que estaban llenas de agua. Por otra parte, conseguía lanas

de diversos colores, lo cual lo tapaba con un *mak'as* (especie de chomba boca arriba).

El sapo, al ver a su connuera, que no hacía tanto esfuerzo, se sentía muy envidiosa, por ello se quejó a su suegra diciendo:

- Mi querida suegra, quiero que te consigas otra nuera porque la *urpi*, todos los días pasa sentada cantando y otros días revolcándose en el suelo polvoriento. Y mientras que yo hago sacrificio para preparar la chicha y tejer mantas, hasta sacar callos de mis manos.

La suegra, al escuchar la versión del sapo le creyó a la ligera y al poco rato voto a la *urpi* de la casa. Posteriormente, la suegra destapo las chombas de la *urpi* y en todas ellas encontró una exquisita chicha espumosa y dulce; luego también levanto las *mak'as* y allí encontró, mantas que por sí solas se habían tejido muy finamente. Sorprendida la suegra, comprendió que había hecho una locura al haber votado a la *urpi*, que era la más laboriosa y hogareña. Mientras que el sapo lo hacía por cumplir afanosamente. Arrepentida la suegra lloraba a diario y pedía a Dios que regrese la *urpi*. Un día la *urpi*, al escuchar el clamor de su exsuegra se posó en las ramas de un árbol próximo a la casa y desde allí cantaba así:

- *Piyay, qhachuyniykin qhella/ Piyay, qhachuyniykin qhella* (tu nuera es una ociosa).

Refiriéndose al sapo y nunca más regreso a convivir en casa. Se dice que actualmente, las mujeres siguen los *yupis* (huellas) del sapo, por ello tienen que agarrar el batán para moler, hilar la lana y tejer de ello; si no hubiese sido por ello sería tan fácil como lo hacía la *urpi* (Montes, 2006, págs. 17-18).

Cuando se da la noticia de un embarazo hay aceptación general entre las personas del entorno familiar y comunal, aunque también existen opiniones desfavorables entre las personas del entorno. La primera persona en percibir un posible embarazo es la mujer que presenta malestar. El malestar o la confirmación lo cuenta a su pareja o a su madre porque considera que estos son más comprensivos. Independientemente de la opinión de los familiares, estos siempre apoyan a la madre gestante o puerpera. Además, el esposo acompaña en todo el proceso del embarazo.

El esposo acompaña durante todo el proceso de gestación y es el que toma la batuta en el cuidado de la mujer embarazada. Cuando se trata de parejas recién en formación, al hombre se le imparten normas que tienen que ver con la convivencia. La primera regla para ambos es que contribuyen en las actividades del hogar y para eso se le hacen unas pruebas de aprendizaje antes de la convivencia o bien los hacen aprender aceleradamente. La otra regla impuesta es especialmente dirigida a los varones y estas consisten en el buen trato a la mujer. El entorno social es propedéutista y sabe que cualquier actividad, incluso el amor y la convivencia de pareja, es un proceso de aprendizaje continuo. Los versos de una canción popular que dice: “*Khuyanakuypas yachaypaqmi, mana yachaqqa waqachinmi*” (el amar también es para saber, quien no sabe hace llorar), indican que para amar a alguien hay que tomar algunas lecciones. También se cuenta una historia antigua de un hombre que llegó a convivir con una estrella y por el maltrato que le daba, la mujer se regresó al cielo, su lugar de origen. El hombre, que con varias hazañas llegó hasta ella, nuevamente siguió desobedeciendo las reglas y al final fue arrojado a la tierra a rehacer su vida.

UN LEÑADOR VIVE CON UNA ESTRELLA

Un leñador regresaba del bosque a casa cargando leña caminando por la margen de una lagunilla. Desde lejos vio a una bellísima chica que se bañaba desnuda y su ropa lo había dejado amontonado en la orilla y brillaba como oro. Entonces el leñador decide alzar la ropa y ocultarlo entre los pedregales. Luego se va como si nada hubiera pasado. Pero en el camino la mujer, estando desnuda, le alcanza al leñador y le pregunta:

- ¿joven no se ha encontrado una túnica o haya podido ver a otra persona recogerlo?

El leñador algo nervioso contesto:

- No... yo no he visto... pero... si te puedo avisar si es que primero te comprometes ir conmigo a mi casa.

La chica aceptó con la condición que la devuelva su traje. Pronto llegaron a la casa. El leñador le invito la cena y le dio alojamiento. Le invito a quedarse más día y en esto se fueron enamorando hasta llegar a comprometerse. Pero el leñador aun no cumplía con la promesa de entregar su ropa. Años más tarde, tuvieron dos hijas

bellísimas y crecieron rápido. En el hogar, el leñador hacia sufrir a la mujer, mezquinaba y le celaba en exceso y la pobre mujer lloraba amargamente su suerte.

Un día cuando el padre va con sus hijas a pastar la tropa de llamas les enseña a sus hijas la ropa escondida de su madre que estaba entre los pedregales. Las niñas apenas regresaron del campo le contaron a su madre lo que vieron. La mujer se alegró de la noticia y ahí les conto a sus hijas que ella no era de la tierra y más bien tenía un hogar en el cielo junto con las estrellas.

Un día aprovecharon la salida del leñador y la mujer salió con sus dos hijas en busca de la túnica. Después de caminar llegaron al lugar indicado y encontraron la ropa escondida. Bajaron a la lagunilla. Ahí la mujer se bañó con y luego se puso su túnica. Al poco rato tomo del hombro a cada una de sus hijas y convirtió a una en *urpi* y a la otra en cuculí, que al ser sopladas se volaron en diferentes direcciones. La mujer también se voló al cielo.

El leñador cuando volvió a su casa no encontró a su esposa ni a sus hijas. Entonces lloró desconsoladamente formando ríos y lluvias. Al día siguiente, muy de madrugada, salió en busca de su mujer. Al medio día ya estaba agotado y se quedó dormido al pie de una piedra y en sus sueños una mujer le decía:

- No llores, tu señora se ha ido al cielo y tus hijas fueron convertidas en aves, si deseas yo te puedo llevar donde ella.

En ese rato se despertó y vio en su lado a una zorra que sentada le miraba al hombre. Al poco instante la zorra se acercó lentamente y le pregunto porque estaba triste. El leñador le conto su situación y luego de escuchar la zorra le dice:

- Si me pagas un borrego yo te puedo llevar hasta cierta parte y de allí mi compadre cóndor te cargara hasta el mismo cielo.

El hombre se sintió muy alegre y le suplico al zorro que le haga ese favor comprometiéndose a pagar un par de borregos. La zorra aceptó y lo llevo hasta una lejana montaña cubierta de nieve. En este lugar vivía el cóndor que era compadre de la zorra, quien gustosamente acepto ayudar al hombre por las suplicas de su comadre. De inmediato le cargo en su espalda y emprendió el vuelo al cielo. En el camino, el cóndor le dio ciertas indicaciones para seguirlo al pie de la letra:

- Cuando el padre de las estrellas te presente las bellas mujeres tienes que esperar a la última mujer en salir y decir que es ella, no lo olvides. También tienes comportarte bien de acuerdo a las reglas que establezca el padre. Tienes que obedecer las indicaciones de tu mujer. Si te portas bien el padre te dará licencia para volver con tu esposa y yo volveré ese día para recogerte.

Cuando llegaban al cielo se veía a lo lejos una ciudad inmensa sin límites, sin inicio ni final. Al encuentro corrió un caballero bien lucido que haciendo de guardia pregunto:

- Hombre terrenal ¿Qué desea, a que se debe su visita?

El leñador inmediatamente respondió:

- Vengo en busca de mi mujer que se vino de la tierra.

El hombre le hizo pasar y lo llevo hasta un palacio. Ahí saco a las mujeres en fila para que pueda reconocerlas. El leñador observaba que todas tenían el mismo rostro y no podía señalar a ninguna. Siguió las sugerencias del cóndor y pidió al hombre del cielo que saque otro grupo de mujeres. Tampoco reconoció en esta tanda. El hombre se propuso pedir que sacara a todas las mujeres y así señalar a la última en salir. Estuvo en el trabajo de reconocimiento durante todo el día. Hasta que paso el último grupo y el directamente corrió a la última mujer para señalar que ella si era su mujer. Entonces de hecho que acertó en el reconocimiento. El caballero del cielo le entrego entre sus brazos y ambos se abrazaron. Así que la mujer estrella lo llevo a su casa del cielo en el cual descansaron esa noche.

Al día siguiente la mujer salió a trabajar dejando a su marido al cuidado de una olla que hervía tapado de una enorme tapa. La mujer le indico a su marido que no debía destapar la olla y solo debía limitarse a cuidar que el fuego no deje de arder y así ella pronto volvería para almorzar. El hombre quedando solo, inquieto y pensativo destapo la olla y en ella observo solamente tres granos de quinua que hervían. Entonces, el hombre extrañado busco más quinua y al encontrar el bolso de quinua lo hecho todo. Al poco rato la olla se llenaba de quinua hasta desbordarlo. El hombre fue en busca de un recipiente para recoger la quinua que se derramaba. La quinua seguía desbordando y el hombre separaba y separaba y de ninguna forma podía terminar con la quinua que ya caía al suelo. El hombre ya había llenado todos los

envases. En esos instantes la mujer estrella llega y al ver lo ocurrido le grita al hombre:

- ¡Hombre... que has hecho! Tú has venido a hacerme sufrir hasta aquí, igual como en la tierra. Ya no te necesito porque ya me he deshecho hasta de mis hijas convirtiéndolas en aves. Ya no hay nada por adelante contigo.

Diciendo estas palabras le votó de su casa. El hombre muy triste andaba en el cielo mendigando. Por fin, al cabo de tres semanas arriba el cóndor tal como se había comprometido para ver cómo le iba. El cóndor al ver al leñador hecho una lástima de inmediato lo carga hacia la tierra.

Aparte del apoyo del esposo y las reglas de convivencia a las que se comprometen, existe contribución del entorno colectivo. Es decir, también hay apoyo en la comunidad, pues la noticia se anuncia en asamblea o alguna otra forma de reunión para que los vecinos observen que la embarazada no haga actividades de alto riesgo. Se considera que el futuro niño o niña es una bendición, ya que será una ayuda en la familia. Por eso los embarazos son planificados. Hay preferencia por los niños varones porque consideran que estos ayudan más que las mujeres. Para las parejas jóvenes un hijo significa la consolidación de su convivencia. Aunque hay embarazos sin planificación que se dieron por descuido o por el desconocimiento de las consecuencias que traen las relaciones sexuales. También, en años anteriores había embarazos forzados por la exigencia de los varones para que de esta manera sus esposas no les engañen mientras estos estén ausentes. Hay casos de varones que una vez que embarazaron por obligación asumieron sus responsabilidades y hay otros que abandonaron a las mujeres dejándolas al amparo de sus familiares cercanos.

Ilustración 13: Mujer gestante recibiendo apoyo de su pareja



Fuente: Dibujo de Silvana de la I.E. Cesar Vallejo, 2017

De acuerdo a la información del Centro de Salud se registran seis embarazos adolescentes entre el 2015 y 2016. De estos casos registrados se buscó información sobre sus historias de las adolescentes. Se pueden encontrar doce historias de adolescentes embarazadas, pero no todas corresponden al periodo que registra el Centro de Salud, sino más bien estas historias se remiten a varios años atrás y lo cuentan en el contexto de uno de los colegios de la capital distrital²⁸.

Dolores, quien decidió desaparecer

Un caso es de Dolores, una estudiante destacada en el colegio. Llegó a destacar a nivel académico siendo premiada con diplomas y ganadora de medallas en los concursos deportivos. Sus logros fueron motivados por el impulso de sus padres, que dicho sea de paso le exigían disciplina. Tuvo un enamorado de su misma edad y esto fue negado por sus padres. Llegó a embarazarse cuando había terminado el

²⁸ Se omite el nombre del colegio y los nombres de las personas han sido cambiados a fin de no ser identificadas. En estos casos las historias se reconstruyen a través de entrevistas a sus amigas, familiares en forma de “chismes”.

colegio, pero por la presión de sus padres termino huyendo con su pareja. En su huida se suicidó junto a su pareja con cinco meses de embarazo.

Fátima

El caso es el de Fátima, que estando en quinto grado de secundaria tuvo un enamorado del cual se embarazo. A mediados de año se retiró del colegio con el pretexto de que tenía problemas de salud. Su embarazo no se le notaba en los entrenamientos de vóley para la competencia de Juegos Escolares. Se ponía unas fajas, pero eso no parecía raro entre sus compañeras porque ella “es gordita, siempre oculta sus *watas* con la faja”. Algunas chicas comentaban que algo le iba mal porque ya no jugaba bien o ya no bailaba en las danzas. Siempre iba con su botella de agua y decía que se mareaba. Luego se fue del colegio sin avisar a sus compañeras y haciendo que nadie sepa de ella. Después de un mes dijeron que se había ido a Cusco a ocultar su embarazo y no era que tenía que tratarse su enfermedad y hacer su preparación preuniversitaria. Dicen que su mama quería hacerla abortar. “Tenían mucho roche en su familia y por eso se lo llevaron antes de agosto,” que es cuando salen los destacados para prepararse. Luego volvió en diciembre sin su bebe. Al bebe lo cuida la mama de su pareja.

Justina, la chica de Challhuahuacho

Justina llegó al colegio a mitad de año en forma de traslado. Entre sus compañeras era la que tenía más edad. Siempre hablaba de ir a las fiestas, los aniversarios, las corridas de toros, los conciertos bailables. La veían como muy adelantada y decían que no deben juntarse con ella porque podría “malearlas”. “Parece que en una de esas fiestas se ha embarazado”. Terminó el colegio y “hace poco le vimos con su bebita”. Sorprendió a todos y empezaron a reconstruir su caso a base de chismes. “Era bien gordita”, por eso es que no se notó su embarazo y ya terminando el colegio se enteraron de su embarazo durante los meses escolares. La chica se embarazo de un joven del distrito de Haquira.

Dora

Esta chica era compañera Justina. También ya era algo mayor entre sus compañeras. En el caso de esta chica era que su enamorado era su propio primo. Ellos estudiaban juntos en el mismo salón, salían a la misma hora, comían a la misma hora y las

tareas también lo hacían juntos. El primo era mucho mayor que ella. Cuando se supo la noticia de que estaba embarazada hubo tanto “roche” entre su familia que no sabían cómo ocultar el escándalo. La vergüenza llegó a tal punto de que fingieron la muerte de la chica, hicieron publicaciones en Facebook y sus familiares más cercanos divulgaban esa noticia justificando su ausencia en el colegio. No se supo del chico porque se fue a alguna ciudad. Ahora se le ve a la mamá de la chica cuidando al bebito y ella trabaja en un restaurante.

Angélica

Esta chica se embarazó en los últimos meses del colegio. “Y para no tener escándalo entre sus compañeros del colegio, para su suerte, dio a luz terminando el colegio. No hubo nada de “roche” y quizá nadie sabe. Con las chicas que son de comunidades no hay roche. Esta chica era muy recta y disciplinada. Siempre les paraba a las que andaban coqueteando”. De su historial cuentan que desde muy pequeña trabajaba y de esa forma mostraba rasgos de autonomía e independencia. Es por ese desarrollo personal que asumía un rol tutor entre sus compañeras del colegio. Se presume que su caso puede darse por una violación. Tuvo complicaciones en el parto y dio a luz con cesárea.

Celestina

Era una chica muy mayor entre las alumnas del colegio. Llegó a embarazarse de un hombre mucho mayor que ella. Dio a luz recién en mayo, con lo que quiere decir que se embarazó estando aún en el colegio. Aunque muchos argumentan que se embarazó apenas terminó el colegio. Pero contabilizando los meses no podría ser posible eso. De su embarazo no hubo escándalo porque la chica no es nada popular en el colegio, es de una comunidad y la ven un poco mayorcita.

Eugenia

El caso de Eugenia es muy particular porque es muy menor. Además, su pareja resulta ser mucho mayor que ella, prácticamente un señor que quiere hacer otra familia. Hubo tanto escándalo sobre este caso, muchos andaban emitiendo comentarios y opiniones. Querían hacer una denuncia de violación al hombre responsable del embarazo. Por ese motivo el joven terminó huyendo para Arequipa

y la chica ahora se quedó sola cuidando a su bebe. Ahora la chica vive con su bebito en la casa de sus papas.

Zoraida

Entre los dos colegios del pueblo de Haquira uno de ellos parece colegio de “pitucos” y el otro de pobres. La mayoría de los casos de embarazo se dan en el colegio de pobres o de comuneros. En el colegio de pitucos no aceptan a chicos que hayan tenido malos antecedentes o no destaquen en conocimientos, arte o deportes. Pero hubo un caso de una chica procedente de una comunidad que llegó a embarazarse. Solo por ese caso el colegio llegó a desprestigiarse y las autoridades la retiraron de inmediato y la chica intentó trasladarse al otro colegio. Al no ser aceptada en los dos colegios tuvo que retirarse a la ciudad.

Carmela

Una chica procedente de un centro poblado cercano. Llegó a embarazarse estando en segundo grado de secundaria. Ella estaba embarazada de su propio hermano. Su hermano fue enviado a trabajar a otro lado en donde no le vea la gente conocida-. Ella dejó el colegio para dedicarse al cuidado de su hijo. “La chica es pequeñita y flaquita, así fácil hubiera podido morirse. Y felizmente no tuvo complicaciones. Una vez que dio a luz dejó definitivamente sus estudios. Trabajaba en un restaurante y ahora cuida a su hijo.

Embarazo en las aulas

Nieves es una chica que quedó huérfana de madre. A partir de la muerte de su madre hubo un descuido en la chica. En su rendimiento académico tenía serias deficiencias. Tenía problemas con la puntualidad y asistencia al colegio. Sus notas de los exámenes eran bajas. Los profesores la calificaban de relajada. Se le veía frecuentar con uno de sus compañeros del colegio. Luego pasó a vivir con el chico y terminando el colegio llegó a embarazarse. Ahora la pareja de jóvenes convive cuidando al bebe. El otro caso es de Nina que también tuvo un romance en las aulas del colegio. Pero su caso era más escandaloso al tener relacionamiento con uno de los profesores del colegio. Antes de terminar el colegio la chica ya estaba embarazada. Ahora convive con el profesor.

2.2. Diagnóstico del embarazo

Los indicios más recurrentes son los mareos y vómitos para pensar que se trata de un embarazo. Aunque estos síntomas no siempre son asociados al embarazo porque existen múltiples opciones como la fatiga física o problemas digestivos. Entre las madres primerizas existe desconocimiento sobre las señales para identificar un embarazo producto de la limitada educación recibida; es común, por tanto, que se enteren de que están gestando pasados varios meses. En el caso de las madres con uno o más hijos, la presencia de señales como los vómitos, el dolor de cabeza o la interrupción de la menstruación hacen que acuda al establecimiento de salud para realizarse una prueba de embarazo. En años anteriores, según manifiestan las entrevistadas, el personal de salud las reprendía por no haber seguido las pautas brindadas en las charlas de planificación familiar.

Las gestantes de las comunidades que fueron entrevistadas relatan que la primera persona a la que le cuentan sobre su embarazo es a su madre o al esposo. Las sospechas las tiene la misma mujer o la pareja viendo los indicios de mareos, náuseas, vómitos o dolor de cabeza. Luego de generar sospechas de un embarazo se busca a un experto para que confirme si se trata de un efectivo embarazo. Para la confirmación, en años anteriores se acudía a una partera o un promotor de salud. Ahora que existe la posta médica o el Centro de Salud se prefiere acudir a ellos porque hay más confianza en la certeza de sus resultados. Cabe anotar también que una sospecha es confirmada con mucha frecuencia a través de los sueños. Para tratarse de un embarazo las personas sueñan con frutas o verduras.

Entre la población existen muchos augurios sobre la cantidad de hijos que se pueda tener, el año en que se va a tener, el sexo de los hijos, la dedicación de estos o su destino. Sobre la cantidad se cree que el número de huevos de perdiz encontrados significa la cantidad exacta de hijos que tendrá. Se cree que las formas esféricas en los bordes de la palma de la mano significan la cantidad de hijos. También el primer hijo cuando todavía es un bebé hace conteos con sus dedos, que significa la cantidad de hermanos que tendrá. Un conocimiento poco comentado es la cantidad de nudos encontrados en el cordón umbilical del primer parto de la mujer. En cuanto a la determinación del sexo es una cuestión definida por el destino. El encontrarse canicas significa que tendrá hijos varones mayormente. Mientras que encontrarse imperdibles significa tener hijas mujeres. También se suele pronosticar en los sueños. Una sabiduría de las parteras es la lectura

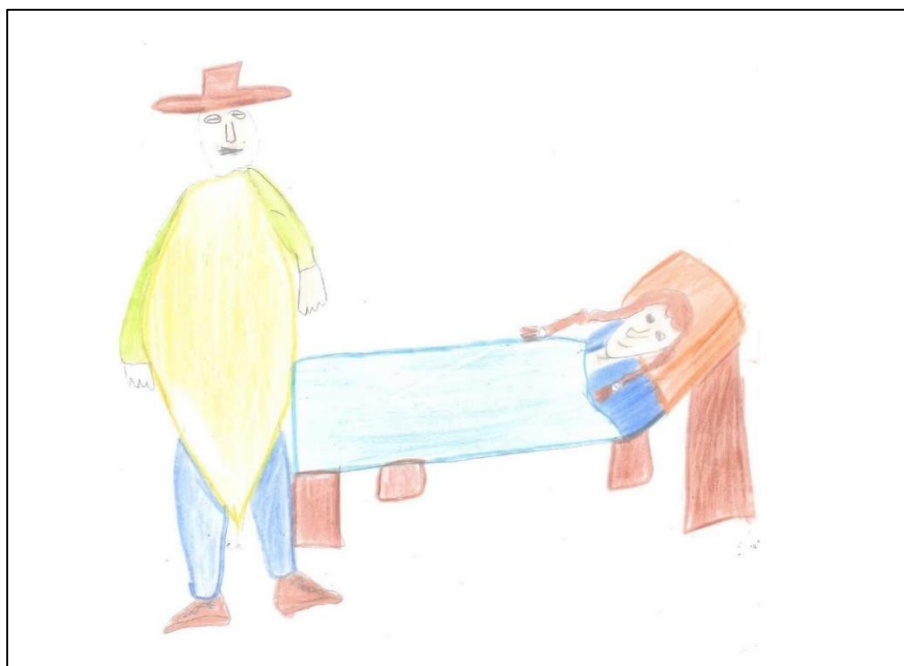
en la placenta que muestra la distancia de nudos. El que el pie se adormezca en una reunión de personas también es sospecha de que habrá una embarazada en el entorno. También se cree que, si la mujer embarazada estuvo muy cercana a los partidos de fútbol o actividades deportivas, su hijo será un talentoso deportista; si estuvo cercana a la música su hijo será músico o danzante. Si estuvo muy próxima a los eventos catastróficos como la violencia política, su hijo recibirá esos problemas en su personalidad y será muy débil con los problemas o andará padeciendo.

Desde su confirmación del embarazo en el Centro de Salud se espera recibir el apoyo y cuidado del Estado. Tratan de asistir a todos los controles asignados para poder recibir algún beneficio del Estado y poder llegar sin complicaciones para el día del parto. A quienes no asisten a los controles los encargados del Centro de Salud las buscan a través de los fiscales comunales y distritales.

2.3. Cuidados y controles

Los cuidados de la mujer se propician desde que esta empieza con la adolescencia. Un cuidado muy común es en el aseo. Se impone a las adolescentes a que sea cuidadosa con sus partes íntimas y que en lo posible no sean exhibidas en cualquier lugar. Así también con la higiene el asunto es delicado si está en el periodo de menstruación ya que existe la creencia de que la sangre menstrual es un poderoso atrayente para las serpientes maléficas, las cuales pueden ubicar a la mujer y en su descuido pueden introducirse hasta sus entrañas o llegar a engendrarlas. También se tiene sumo cuidado de que las mujeres puedan resultar embarazadas de seres sobrenaturales como el arcoíris, los cerros poderosos, los animales míticos como el *illa* (toro que nace de las lagunas) o *ukumari* (oso abusón) y los gentiles.

Ilustración 14: El Machu fastidiando a una adolescente en horas nocturnas



Fuente: Dibujo de Alonso del colegio J.M. Arguedas de Haquira (2017)

Existe mucho énfasis en el cuidado de las mujeres. Más que a cualquiera, se pone mucha atención a en las mujeres en edad reproductiva. Se recomienda a los padres no dejar solas a sus hijas adolescentes. Así también los padres constantemente repiten que las hijas no pueden estar entablando confianza con cualquier persona extraña porque este le puede provocar males físicos o psicológicos. Los consejos de los padres mayores van orientados a que la mujer joven no se vaya a relacionar con alguien que no conoce mucho ya que este podría mentir y solo buscar sacar provecho. Lo que más temen los padres mayores es que la mujer quede embarazada de alguien que no podrá asumir o a lo sumo se marche sin tomar ninguna responsabilidad. También los consejos van para las mujeres que ya tienen familia, ya que viéndose en una situación de adulterio podría desestabilizar el funcionamiento de la unidad doméstica. Una mujer embarazada corre el riesgo de perder la vida si es que no tiene al lado al padre de su hijo ya que esta desprotegida de cualquier enfermedad o cualquier situación de crisis económica. El entendimiento de esta situación hace que los padres sean muy cautelosos con sus menores hijas. Es por eso que tienen mitos acerca de animales farsantes que se convierten en humanos tratando de casarse con alguna mujer. Pero también, aparte del cuidado de los foráneos, se tiene la creencia real de los gentiles, que, a cualquier mujer, a cualquier edad puede acercarse y lograr tener relaciones sexuales con ella. En caso de no tener relaciones directas, el

contacto físico o la simple mirada, pueden provocar embarazos o generar enfermedades desconocidas. Es por eso que se narran historias de hombres de tiempos pasados denominados *machu* o gentiles que se convierten en personas reales, a veces se convierten en el esposo de una mujer, con apariencia de un hombre con posesiones económicas y posicionado en un estatus social de prestigio, que suele aparecer a mujeres que andan solas, en horas inusuales o lugares poco frecuentados. Estos aparecen de forma amigable, algunos ofrecen ayuda y de a pocos van ganándose la confianza hasta llegar a enamorarlas.

UN GENTIL SE CONVIERTE EN ESPOSO DE UNA MUJER

Una pareja de esposos estériles vivía en una hacienda que poseían en aquellos tiempos. Allí cuidaban sus ganados y trabajaban los terrenos. El esposo era músico y tocaba la corneta y así integraba una banda típica. Por eso junto a su banda eran contratados para los cargos (fiestas) de los diferentes sitios donde se realizaban fiestas.

Un día el esposo salió de viaje a un lugar muy lejano a tocar dejando sola a su esposa en casa. Al cabo de dos días, en horas de la noche, el *machu* a sabiendas del viaje del hombre, tomó el cuerpo del esposo y entró a la casa puesto con su poncho y su corneta en mano. Le habló a la mujer: ¡mujer, he regresado a verte!, ya mañana muy de temprano emprenderé de nuevo el viaje. Diciendo esto colgó la corneta en el lugar donde siempre guardaba. Entonces, la mujer se alegró y al poco rato se acostaron y cerca de la amanecida el hombre se marchó, llevando su corneta.

Después de una semana, su esposo volvió a casa. Y su señora le hizo recordar del día que había regresado a verla, al escuchar esto el hombre, con mucho enojo y rabia, gritó: ¡que hablas mujer! ¿Yo? ¿Cuándo? Me estás diciendo una mentira. Recién ahorita estoy acabando de llegar, junto con mis compañeros. La mujer insistió que era él y detalladamente narró cómo había ingresado. El capricho de la mujer le picó la curiosidad a su marido quien mandó un lapo.

Luego, el hombre sospechó al *machu* gentil. Así que decidió idear un plan que consistía en salir todas las noches de su casa y a ocultas observar si el supuesto hombre regresaba a su casa. Efectivamente, una noche vio entrar a su casa a ese supuesto hombre y el esposo inmediatamente lo siguió con paja y fósforo en mano; prendió el fuego y sorprendió al hombre extraño, quien se escapó saltando por

encima del corral. El esposo lo siguió y lo vio esconderse en un hueco. Al día siguiendo volvió hasta ese lugar y escarbando encontró el armazón de huesos del gentil que solía convertirse en su doble y visitaba a su mujer para hacer sus fechorías.

LA PASTORA Y EL GENTIL

Una doncella muy simpática pastaba sus ovejas todos los días en una quebrada desolada. La joven andaba hilando lana y de rato en rato en medio de la soledad cantaba dulces melodías. Cierta día un joven de talla mediana, elegantemente vestido, al verla venir a la muchacha, la alcanzo, le estrecho su mano y se presentó diciendo que era hijo de un hacendado de por allí cerca. Entonces, de apocas entablaron una conversación amena; pasaron todo el día juntos y en la tarde se despidieron quedando para volver a encontrarse al día siguiente.

La chica había quedado enamorada del desconocido joven. Preparo su *qoqawi* (fiambre) muy de madrugada y arreando su rebaño de ovejas llevo a la quebrada donde el joven esperaba. La chica compartió el fiambre y por su parte el joven le regalo en prueba de su inmenso amor una *t'ipana*. Así se hallaron muy bien y todos los días juntos pastaban las ovejas. Ambos se comprometían amarse toda la vida. La quebrada se convirtió en el lugar de sus encuentros amorosos. El joven siempre prefería ese lugar y se negaba ir a otro sitio. La chica no se explicaba el motivo de esa preferencia. Por fuentes de varias personas los padres se enteraron de lo que estaba pasando con su hija y la siguieron hasta el lugar donde pastaba el rebaño. A ocultas le observaron jugar con un joven desconocido, desde entonces siguieron los padres, tratando de reconocer al joven, pero cada vez que atardecía se desaparecía, hecho que de sobremanera preocupo a los padres.

Al final llegan a la conclusión de que es un gentil y para comprobar un día la madre prepara *sankhu* (comida) con bastante ajo. Apenas, se acercaba la chica a su amado, este se alejó por el olor del ajo. La chica no comprendía el aislamiento de su amado. El joven rechazo la comida que la chica le invitaba. Otro día la chica llevo ají y ajo; el encuentro fue similar. La chica pensó que el hombre ya no la quería y a lo mejor él escuchaba rumores falsos sobre ella. Después de un tiempo, la chica aparece encinta y al cabo de meses da a luz una bola de huesos cubierto de cabellos largos.

Esto había sido hijo del joven extraño que era el gentil. La chica no pudo levantarse de la cama y en una lenta agonía termino feneciendo.

La historia del gentil viajero²⁹ (*puriq machu*) describe de forma más completa los elementos de la simbología andina en el contexto del desarrollo y maduración de las mujeres. En la narración explica las actividades económicas y los roles que desempeñan las mujeres y el sistema de aprendizaje. Así también describe los parámetros de convivencia que deben seguir las parejas. En la historia muestra que el gentil mozo dice tener tierras y abundante ganado, así también ostenta madurez mostrando dominio en el caballo y cuidado de animales. Las chicas por su parte, de alguna otra forma tienen dominio de las actividades domésticas como el tejido, la cocina y el pastoreo. De forma gráfica retrata el proceso de enamoramiento; en la historia el gentil se vale de una quena y un charango para enamorar a las chicas, similar a las diversas estrategias que buscan los jóvenes de la actualidad para enamorar a las chicas. También muestra los contextos socialmente permitidos para desarrollar una relación. En este caso los contextos de la oscuridad son los preferidos, pero no los permitidos. De igual forma los lugares poco transitados tienen preferencia para los encuentros, pero no son aceptados por el entorno colectivo. Al final se insiste en no mantener secretos sobre la persona con quien se sale de manera que se pueda detectar a tiempo cualquier inconveniente. Al final se da como moraleja, que cualquier separación o conflicto se resuelve restaurando el antiguo estado, volviendo a como era antes.

PURIQ MACHU

En tiempos muy remotos en Haquira cuando aún no existía la electricidad ni el agua que sale del caño, las familias se dedicaban a sus ganados y la siembra en las chacras de maíz y en los *laymes* de papa. Los meses del año eran divididos en dos tiempos: *ruway* tiempo y *qhasiy* tiempo que también coincidían con *qhasay* tiempo y *paray* tiempo, respectivamente. En el tiempo de las heladas la gente se dedicaba a la siembra y las cosechas; mientras que en el tiempo de las lluvias esperaban a que maduren las siembras. Es durante los meses de siembra y cosecha que la gente anda más en las chacras y dejan desocupados sus casas en los pueblos y caseríos, a lo sumo dejan a sus menores hijos al cuidado de los animales y cosas de la casa.

²⁹ Recopilación hecha en varias localidades de Haquira. De muchas versiones se emparejo para hacer una solo versión lineal.

En una familia amplia que era compuesto por dos padres del hogar y dos cocinas, tenían *laymes* en una comunidad de la parte alta. Para juntar esfuerzos decidieron ir juntos para escarbar la papa en los mismos días y apoyarse en el trabajo. Tenían varios hijos pequeños y deciden llevarlos con ellos. Pero la casa no podía quedar desamparada y entre las dos muchachas ya jóvenes deciden que una de ellas se ofrezca para tal actividad. Estas dos jóvenes eran primas de la misma edad, pero no eran iguales en cuanto a la laboriosidad. La más perezosa se ofrece para quedarse con tal de evitar el trabajo en el campo. Dicho esto, los padres se marchan para la comunidad.

La chica que se queda en Haquira cuidando la casa se llamaba Maruja y su prima que se va a ayudar en la cosecha de papas se llamaba Domitila. Maruja se dedicaba a dar pasto a los cuyes, comida a los chanchos y trigo a las gallinas. Domitila fue asignada a pastear las ovejas en el campo en compañía del único perro llamado Añuko mientras que los padres escarbaban papa. Como eran tiempos de helada los pastos comestibles eran escasos por lo que Domitila acarreaba sus cosas del tejido junto a sus ovejas en busca de más pasto marchándose a zonas lejanas.

Una tarde cuando Maruja hacia su cena toca la puerta un joven con apariencia de tener riquezas. Venía en un caballo negro el cual tenía una sola mancha blanca en la frente, lo que le llamo la atención a Maruja. El hombre pidió que le de alojamiento ya que se le hizo tarde para llegar a Mara y tuvo que desviar el camino apurando a su caballo para llegar a Haquira y había tratado de ubicar la casa porque su padre le recomendó, además vio que tenía el corral de caballos desocupado. La joven con algo de desconfianza se negó y el joven con mucha insistencia dijo llamarse Arturo y que su papa es compadre del papa de la chica y que siempre entre ellos se venden ganados. Entonces la chica al tener temor a una llamada de atención de su padre por no tener hospitalidad con un compadre decide hacerlo pasar. Le asigna un lugar para dormir y antes le invita la cena que venía preparando. El joven dijo que se iría muy de madrugada y para no fastidiarla despertando le pide que no deje con seguros la puerta de la casa. Y efectivamente a la amanecida no había ni rastros del caballo.

Durante ese día, en la comunidad Domitila hacia su trabajo tejiendo una faja al mismo tiempo que pasteaba las ovejas. Observo un comportamiento raro en su perro Añuko, que a cada instante levantaba la cabeza y ladraba al cielo como si notara

presencia de alguna persona. Cuando ya el sol proyectaba una sombra recta la chica Domitila saca su fiambre para almorzar. En ese instante ve a lo lejos aproximarse a un jinete que mientras más se acerca se oyen los pasos de su caballo blanco. Al llegar el jinete resulta ser un joven de apariencia elegante, vestido con traje occidental, sombrero de ala ancha y poncho en la montura. Pero lo que más le llama la atención a Domitila es la mancha negra del caballo en la frente. El joven dice llamarse Darío y que se dirige para Mamara, pero se desubico y necesita que lo guíen. La chica ve vacías las alforjas y le pregunta si ya comió para invitarle su fiambre. El joven le dice que esta hambriento y estaría agradecido por un poco de comida. Terminando de comer el joven le agradece y se marcha.

Al atardecer de ese día la joven Maruja en el pueblo trataba de recordar el aspecto del joven y no lograba hacerlo. Miraba arriba y abajo por si algún caso volvería a pasar ese joven viajero. Esperó hasta que el cielo se oscureciera. La cena lo hizo como para dos personas por si algún caso llegaba a venir. Ya se hacía más tarde y el mechero se terminaba. Entonces, es cuando decide apagar el mechero cuando alguien toca la puerta. Para sorpresa era el mismo joven, pidiendo alojamiento ya que esta vez estaba de retorno y tuvo retrasos y se le hizo tarde. La chica rápidamente lo acogió invitándole de cenar y proveyéndole de más frazadas. Mientras comían Domitila le preguntó que llevaba amarrado en su cintura dentro de una envoltura que atesoraba afanosamente. El joven Arturo le dijo que es un instrumento musical llamado Charango. Domitila le pidió que se lo mostrara y que hiciera algo de música. El joven accedió bajo la advertencia de que eso podía robar corazones. Sacando el pequeño instrumento procedió a formar dulces y alegres melodías. Después de hacer un poco de música se despiden y cada uno se marcha a sus dormitorios. Igual que la noche anterior el joven desapareció sin que la chica se diera cuenta.

Durante ese día Domitila nuevamente prosigue sus actividades y observa que Añuko esta vez estaba en sosiego. Para la hora del almuerzo tiende su *lliklla* con su fiambre y luego de comer se da una siesta. En sus sueños evoca lo del jinete del día anterior. De la misma forma observa aproximarse al joven de caballo blanco, pero esta vez el joven le llama a su nombre. Al despertar nota que su sueño era realidad y precisamente el joven Darío le llamaba a su nombre. Esta vez el joven le dice que ya estaba de regreso. Domitila no puede ofrecer ningún fiambre y solo entablan una

larga conversación. El joven decide descansar y darle descanso a su caballo sacándole las caronas. Entre las pertenencias Domitila observa una quena y le pide que haga alguna canción. El joven muy gustoso acepta el pedido con la condición de que no sea descalificado si toca mal. Después de esto el joven se alista y se marcha.

Maruja en su casa del pueblo pensó que ya no vería al joven y con cierta extrañeza realiza sus actividades. En efecto ya nadie tocó su puerta durante la noche ni en el día. Domitila en el campo pensó si habría posibilidad de ver a ese extraño joven, pero viendo que no era factible termina resignándose. Durante todo el día no apareció nadie más que las aves. Pasaron tres días y noches sin que pasara nada extraño en las actividades de Domitila y Maruja. Recién al cuarto día cuando ya las casas de paja humeaban aparece el joven en la puerta de la casa de Domitila. Esta sin pedir explicación le hace pasar. Ahí le cuenta el joven que tiene a cargo unos ganados de su padre y están en Llaqwa, solo le visita porque se siente enamorado y extrañaba a la chica. Le dijo que le gustaría volver a esas horas todos los días luego de asegurar a sus vacas. En el campo a Domitila también se le apareció el joven diciendo que muy cerca viven unos tíos en una hacienda y está haciéndoles compañía y quería visitar a la chica porque se sentía enamorado y si ella lo permite podría visitarle todos los días.

Así como se ofreció el joven Arturo llegaba todos los días a la misma hora y Maruja ya lo esperaba con la cena hirviendo. Incluso el caballo ya tenía una estaca solo para él. La rutina era la misma todas las noches, hacían la cena, platicaban mientras comían, jugaban, cantaban y bailaban y al final se dormían. Poco a poco la chica lo fue llevando a dormir a su cama. Así también pasaba con Domitila que era visitada todos los días en el mismo lugar por Darío. Comían del mismo almuerzo, jugaban, cantaban y bailaban con la música de la quena, andaban en el caballo. La faja que hacía Domitila lo terminó y se lo regaló a Darío. Una noche Maruja quiso saber más de su enamorado y le preguntó por su familia. Él le dijo que podría mostrarle su casa hacienda en donde hay estatuas, recintos con bonitas puertas, ropas, animales, instrumentos musicales y varias riquezas. Una noche le dice que en caballo podían llegar rápido y deciden ir. Para eso Maruja preparó una lámpara de cebo y un manojo de ajos sobre un plato de barro para estar protegida y notando eso de inmediato Arturo se negó y cuando ya salían del pueblo se canceló el viaje. Más bien le pidió

que le regale el plato porque le gustó mucho. Así también Domitila averiguo sobre su enamorado y él le dijo que su hacienda está en Qewñapanpa y allí hay varias riquezas. Justo en tres días sería el cumpleaños de su tío y ese día no vendría a visitarle y ella podía ir a la hacienda y verse ahí. Quedaron en eso y Domitila muy contenta se fue a conocer la hacienda, llegando al lugar donde le indico no encontró nada más que corrales y ruinas de chullpas. Preocupada por creer que se desubico siguió buscando con la mirada, en eso encontró un maíz blanco y otro amarillo. Al ver tanpreciado producto en esas alturas decide llevárselo en su *lliklla* (manta) y retornar. Cuando ya llegaba a su cabaña la carga se hizo más pesada y al mirarlo ya se habían convertido en plata y oro.

Maruja estaba preocupada por el malentendido de la noche y pensó que Arturo dejaría de quererla por sus caprichos de querer llevar amuletos. Domitila estaba disgustada por haber hecho un viaje en vano. Cuando se encontró con Darío le dijo que estaba molesta por indicarle mal o por mentirle. Darío respondió diciendo que no hizo un viaje en vano porque le había puesto un regalo. Es con esto que Domitila empieza a notar cosas extrañas, aparte de que Añuko no dejaba de ladrarle al joven. Es así que decide contar a sus padres de sus actividades en el campo y sobre un supuesto joven. Los padres y familiares empiezan a tener mayor vigilancia. Mientras que en el pueblo a Maruja le preguntan por unas extrañas visitas y ella niega todo diciendo que son los chanchos en el corral que se pelean por comida.

Una vez que los padres de Domitila confirmaron que no se trata de un hombre normal deciden tenderle una trampa haciendo que Domitila le pida hacer una choza de paja para darse sombra. Arturo accede y una vez terminado le pide entrar. Cuando ya están juntos Domitila sale con el pretexto de orinar y apenas sale se lanzan los padres, provistos de fuego para quemar al joven dentro de la choza. Ahí el joven se convierte en armazón de huesos y escapa ardiendo en llamas. Su caballo para eso se convierte en un cráneo de caballo con un hueco en la frente. Agarran al gentil y junto a su caballo terminan carbonizándolo. En el pueblo, de inmediato Maruja se pone mal y le socorren los vecinos. Los padres llegan al pueblo cargados de papa y chuño y encuentran a la joven muy enferma de algo desconocido. Le piden que les cuente lo sucedido y ella narra todo lo que vivió durante esos días. Y con las descripciones concluyen de qué se trataba del mismo gentil que habían quemado en el cerro y viajaba a los dos lugares para conquistar a las dos primas. Así buscan

sanarlas porque Domitila también era visitada en sueños por el mismo joven. La solución era que consumieran unos ollucos silvestres, tomar mate de los cachos del toro y beber en agua las cenizas de los huesos del gentil. Pero, a esas alturas ya habían venido las lluvias y lavo todas las cenizas que dejaron en el cerro. El malestar de Maruja se agudizó y notaron que estaba gestando del gentil. Maruja parió un bulto de huesos con un ojo enorme y cuatro cabellos largos y gruesos. Los familiares le dieron sepultura al extraño ser. A los siete días Maruja terminó falleciendo. Y Domitila era atormentada en sus sueños por el gentil. No encontraban la solución. Hasta que un anciano les dice que ese bulto enterrado crecería y tomaría venganza por su padre y también debían quemarlo. La familia fue hasta donde el lugar de sepultura, lo desenterraron, pero no ubicaban cuál de todos los huesos eran. Mientras discutían distraídos, una pila de huesos saltarines rodaba cuesta abajo. Los hombres lo capturaron y lo quemaron. Esas cenizas le hicieron beber a Domitila y así paró de tener esos extraños sueños. Pero luego de dos meses nuevamente se le presentaron esas pesadillas. El *yachaq* decía que de seguro algo le había dado Domitila al joven gentil y ahora está en posesión de los *Machus*. Ella devolvió los maíces y fue en busca de su faja que le dio viajando hasta las ruinas de Markansaya y solo encontraron quenas de hueso de cóndor. Recordaron la versión de Maruja y se fueron a la afueras de Haquira, a Qoña unquy y efectivamente, debajo de una piedra, encontraron la faja y el plato que se llevó el gentil. Una vez devuelto todo, la vida de la familia volvió a la normalidad.

Ilustración 15: El Machu convertido en mozo seduciendo a una joven pastora



Fuente: Dibujo de Marco A. Astete Checaña, 2017.

Durante el embarazo se restringen una serie de actividades y muchas otras se auspician. Desde el Centro de Salud se les recomienda estar en reposo o a lo sumo dejar de cargar objetos pesados, aplicar fuerza o estar expuesta al frío. No se prohíbe ninguna actividad cotidiana que realizaba antes de estar embarazada. O sea, es posible que la embarazada pueda llevar poca agua y estando abrigada. Aunque, cuando la necesidad lo amerita, las mujeres aplican la fuerza al jalar a los ganados, lavar las ropas en mucho frío. Las recomendaciones de cuidados tradicionales que tienen que ver con los augurios o Síndromes Culturales son cumplidos; entre estas recomendaciones están: que las gestantes no deben hilar, ni hacer sogas de paja porque esto hace que se puede enredar el cordón umbilical; no debe cargar ollucos porque puede abortar; no debe montar a caballo. También existen restricciones con la embarazada, que no necesariamente tiene que ver con su criatura, por ejemplo: una gestante no puede intervenir en la preparación de la chicha porque malograría en su fermentación; no puede tocar los cerámicos con loza porque la loza es celosa y se corroe; tampoco debe hacer chacra porque la tierra pierde fertilidad; no debe acompañar en la pesca o estar cercana a hombres pescando porque puede ahuyentar a los peces.

Ilustración 16: *Machuq churin*, producto del embarazo con el ser sobrenatural



Fuente: Dibujo de estudiante de primero de secundaria de la I.E. J.M.A., 2017

En las comunidades, el cuidado de una mujer embarazada es responsabilidad de todo su entorno colectivo. Todos deberían poseer conocimientos sobre el cuidado de la mujer. Los conocimientos son transmitidos entre los agentes por medio de la enseñanza empírica con ejemplos y la población lo transmite directamente por recomendaciones e indirectamente cuando se dan comentarios. El apoyo de la familia es fundamental en esta etapa. El principal cuidado recae en la pareja. Él se encarga de proveer la alimentación diaria, el abrigo y el reemplazo de sus actividades. Aunque esto es muy reciente puesto que en el pasado la pareja se encargaba solo de la provisión de los alimentos, mientras que la mujer se ocupaba de la mayoría de las actividades del hogar y muchas veces a la chacra. También está la situación de las madres solteras que, al no contar con el apoyo del progenitor, encuentran apoyo en sus padres.

Ilustración 17: Madre gestante con sus labores domésticas diarias



Fuente: Dibujo de Silvana, estudiante de tercer año de primaria de la I.E. C.V., 2017.

Durante el periodo de parto hay asistencia y control por parte las mujeres mayores o por una mujer con conocimientos en el parto. Cualquier evento de problemas en el parto es consultado con las mujeres mayores. La posición del bebe y su buen crecimiento se detecta por la forma de la barriga. El caso de que presente desuniformidad o desniveles es mala señal. En ese caso se emplean frotaciones o sacudidas en poncho o frazada para arreglar la postura. En las madres jóvenes hay confianza en la ecografía para detectar el sexo del bebe, para la buena posición y el buen crecimiento. Algunas dicen que no podría haber otra forma de saberlo. Aunque otras madres lo emplean, pero siempre les deja con incertidumbres.

Se puede conocer el sexo de los bebes por la forma de la barriga. Si la barriga tiene una forma sobresaliente es varón y si es plano o expandido es una mujer. Además, se puede saber por la cara de la gestante: si la cara ha cambiado es un niño y si no ha cambiado nada es una niña. Las parteras pueden saberlo a través de la lectura de las venas; dicen que la “vena avisa” cuando presiona con mucha fuerza es varón y si va con poca presión es mujer. También lo pueden saber palpando el vientre. Dicen que si el vientre tiene consistencia dura es porque tiene un niño varón y si es suave es mujer, también se sabe

por los movimientos: los varones son más inquietos y están en constante movimiento, las mujeres están en reposo. Otro conocimiento que es manejado entre las parteras es a través del cordón umbilical y la placenta, en el que la coloración más oscura representa la venida de un próximo hijo varón. Se dice que se puede influir en determinar el sexo del bebé. Aplican métodos a través de amuletos y la mentalización, como el usar chimpunes (zapatos de fútbol) en los días de procreación o estar pensando constantemente en querer el sexo del hijo contrario a lo que se desea en realidad.

Durante el embarazo la alimentación es importante para la buena salud de la madre y el hijo. Las madres entrevistadas saben que el crecimiento del bebé se da por la buena alimentación de la madre. El bebé se alimenta de lo mismo que come la madre y la vía es el cordón umbilical. Aunque la mayoría de las madres desconoce la fuente de alimentación del bebé, algunas creen que él bebe consume lo que hay en el interior del vientre por la vía oral. Para la buena alimentación consumen los productos de la localidad que tienen a su disposición. Se da prioridad en consumir leche, carne, pescado, frutas y verduras, sin dejar de consumir las comidas que preparaban antes de estar embarazadas. También se da valoración a los productos de la zona.

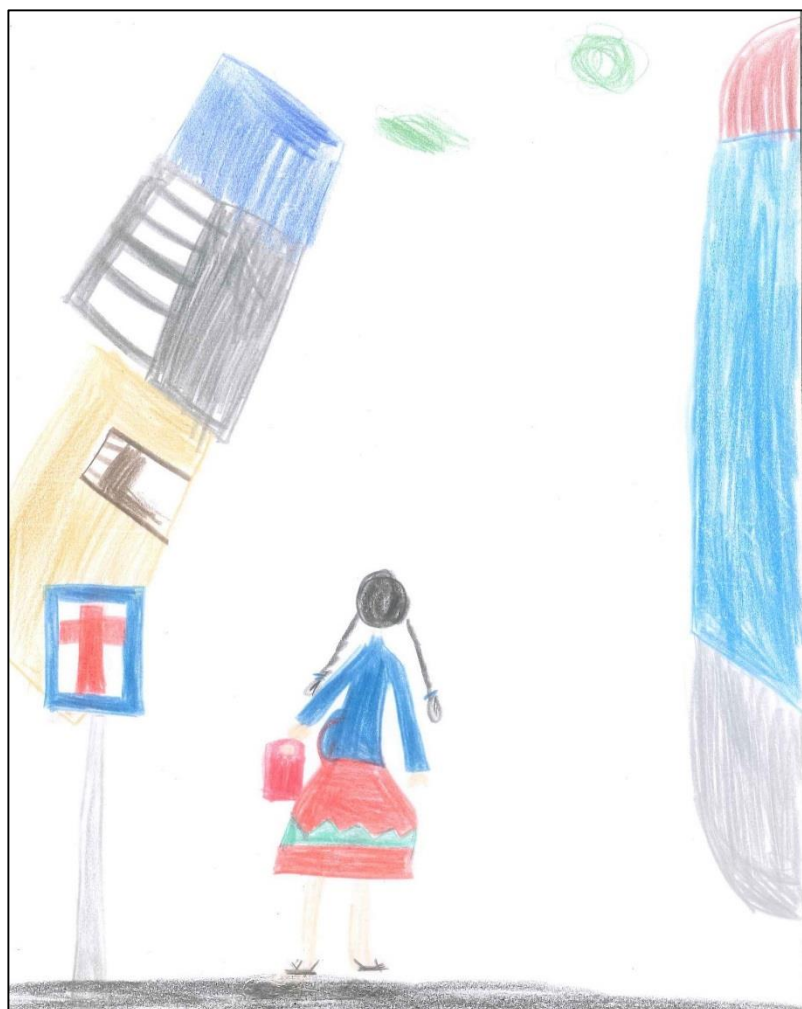
Se emplean plantas medicinales previo al parto, durante el parto y después del parto. Las plantas empleadas antes del parto sirven para preparar al cuerpo para el trabajo de parto y mantenerlas calientes. También se emplean plantas para curar algunos males eventuales. Las plantas para el trabajo de parto son la hierba buena, chachacoma; estos ayudan a la dilatación por ser plantas calientes. Las plantas utilizadas luego del parto sirven para que la matriz (útero) esté “fina” y no tenga problemas porque lo más peligroso sería llegar al cáncer. También se prohíben algunas plantas porque tienen efectos negativos en el bebé o incluso llegan a ser abortivas.

En las comunidades los agentes tradicionales o parteras tienen el conocimiento sobre el sobado a las gestantes cuando el bebé está transverso o en una posición no adecuada, la gestante acude a la partera para la práctica de *qhaquy* (sobada). Esta es una práctica muy difundida y es aceptado por el personal de salud. El personal de salud, aunque no está de acuerdo con algunas prácticas por las reacciones adversas que pueden generar en el niño o en la madre, respeta esas costumbres. La prohibición y la promoción de la ingesta de determinadas comidas y bebidas o la restricción de ciertas actividades que,

posteriormente, puedan afectar la personalidad y el carácter del niño son conductas que se siguen observando en la zona.

Toda mujer que se embaraza, una vez diagnosticado su embarazo, empieza con el control del embarazo en el puesto de salud. En el caso de las comunidades es más fácil de detectar un embarazo por la cercanía de las casas al puesto de salud y por la vigilancia de la población. En comunidades cercanas a Haquira, las mujeres tienen que ir a sus controles todos los meses hasta el Centro de Salud que está en la capital distrital. El día de control es programado desde el establecimiento y se exige que asista el mismo día; esto porque que hay atención programada para barrios y comunidades en un cronograma institucional.

Ilustración 18: Gestante acudiendo al Centro de Salud para su control



Fuente: Dibujo de estudiante de tercer año de primaria de la I.E. C.V., 2017.

Los problemas durante el embarazo pueden darse por andar preocupadas, mala alimentación, debilidad de la gestante o cargar cosas pesadas. Cualquier signo que sea de riesgo (sangrado, vómitos, dolor de cabeza, mareo, hinchazón) es para acudir donde alguien que sepa; en las décadas anteriores se acudía a las parteras, años más tarde pasó a los promotores, ahora se tiene confianza en la posta médica o Centro de Salud. Cualquiera de los agentes que esté más cercano sirve para consultar, aunque para las mujeres más jóvenes solo en el Centro de Salud están los remedios. Asimismo, hay problemas que el agente tradicional no puede, ni debe solucionarlos, por lo que lo deriva al Centro de Salud. Cuando se trata de una complicación consiguen un automóvil para ser trasladadas ya que hay muchas personas que prestan servicio de expreso. En tiempos anteriores la tarea recaía en las autoridades. Si no se lograba conseguir un vehículo, se trasladaba con los promotores de salud cargando en camillas. Cuando son complicaciones en el parto lo más seguro para el personal es derivarlo al Hospital de Tambobamba o a Santo Tomás y si no están disponibles se busca cupos en el Hospital Regional de Cusco. Para los traslados cuentan con dos ambulancias: en el Centro de Salud de Haquira y una ambulancia en la Posta de Huancascca.

Ilustración 19: Embarazada cayendo de las gradas



Fuente: Dibujo de estudiante de tercer año de primaria de la I.E. C.V., 2017.

Los riesgos más graves pueden llegar a peligrar la vida de la madre, el niño o ambos. Siempre van a importar salvar la vida de ambos. Pero si es que se tiene que elegir se

prefiere por la madre y así se aplican los abortos. Los casos que no tienen solución inmediata terminan en abortos. Aunque los abortos también se dan por causas simples como el haber consumido una planta abortiva. Las causas más comunes de abortos se dan por descuidos en la protección de la gestante, por someterlas al frío, a las fuertes sacudidas o accidentes que implican caídas y golpes. Los fetos se demoran en salir una vez que perdieron la vida, para la expulsión se sigue unos pasos delicados. Pero el personal médico, que hoy es el que se encarga casi de todos los abortos, es el que decide cómo realizar el aborto y qué hacer con el feto. En caso de que sea sin médicos, el feto expulsado es aislado, no se debe tocar porque se considera malo porque puede dar mala suerte, ya que todavía no es un ser formado. Al feto lo entierran en zonas ocultas y sin ceremonia.

Ilustración 20: Gestante con antojos



Fuente: Dibujo de estudiante de tercer año de primaria de la I.E. C.V.-Haquira, 2017.

2.4. Parto y puerperio

De todo el embarazo se espera que al final se realice un parto normal. Se considera normal en donde no hay problemas en la demora, sin realizar cortes, buen peso del bebé y en una posición que sea cómoda para la parturienta. Asimismo, muchas mujeres desean que en el trabajo de parto sean acompañadas por sus madres o esposos para que les den confianza y ánimos. También quisieran que les permitan utilizar algunas plantas que les ayude en el parto. Se suele emplear mates de hierbas, chocolate puro y sin azúcar para acelerar la dilatación.

Durante el mismo parto los agentes tradicionales solían vaporizar hierbas para dar tranquilidad a las mujeres parturientas. Si las mujeres tenían que quejarse gritando o llorando les permitían ya que consideraban que ello era parte del proceso y ayudaba. Se les entregaba una bolita de lana para que la sujeten en las manos de manera que el frío no les entre por la palma de las manos. También solían amarrarles la cabeza con una tela blanca, porque este es señal de puridad y así no contaminan al naciente. También se les pedía soplar una bolsa, botella o al aire para ayudarse mientras expulsaban al bebé. Antes del trabajo de parto no se les entrega ningún alimento a las mujeres, tampoco agua. Aunque en años anteriores se tenía la creencia que el cañazo ayudaba. En el Centro de Salud mismo no se les permite ingerir alimentos. Solo se les da de alimentar luego del parto. El personal recomienda una receta para que lo preparen los familiares o a lo sumo ellos mismos se encargan de proporcionarlo. Pero, para las gestantes y los agentes tradicionales son adecuados solo comer un caldo de chuño con carne y poquísima sal, al cual llaman *Ch'uñu t'iki* y solo se prepara por motivo de partos. Es por la creencia dietética que muchas mujeres no comen los alimentos que les proporcionan en el Centro de Salud.

El ambiente para el parto hoy en día son las salas de partos del Centro de Salud. Pero cuando atendían las parteras solían hacerlo en la casa de las parturientas. El lugar de parto era una sala acondicionada con luz suficiente para ver durante las intervenciones, además de ser cálido y limpio. En el piso ponían una base de plástico para que allí sean expulsados la sangre y otros componentes. También acomodaban pellones, cojines y pellejo con lana de oveja. La postura era escogida por la mujer. Cualquier postura era cómoda, pero menos estando echadas porque así no se pueden ayudar ellas mismas al perder fuerza. Hay mujeres que todavía suelen dar a luz solas porque no asumen que

otras personas las puedan ver desnudas. Para la intervención requerían de agua caliente, mantas y paños para la sangre.

Ilustración 21: Trabajo de parto en la sala de parto del Centro de Salud



Fuente: Dibujo de estudiante de tercer año de primaria del Colegio Cesar Vallejo, 2017

Luego del alumbramiento trataban al bebe limpiándolo y abrigándolo. La expulsión de la placenta era como un segundo parto, porque también lo consideran igual de doloroso. La placenta se extrae con sumo cuidado, sin apurarlo o jalarlo; luego se lava en el río para que el niño no tenga manchas en la piel y finalmente se quema y entierran las cenizas. En caso de ser la placenta del primer parto se guardan las cenizas para utilizarlo como remedio para el mal viento. En los centros de salud el personal decide cómo tratar con la placenta y el cordón, pero a la parturienta y sus familiares les gustaría recuperarlos para darle su tratamiento.

Ilustración 22: Afición taurina entre los pobladores de Haquira



Fuente: Fotografía Marco A. Astete Checaña, 2016.

Mientras el niño es limpiado, todavía no se corta el cordón umbilical sino hasta pasar más de diez minutos. Luego de limpiar y tener estable al niño proceden a cortar el cordón umbilical. En el pasado se cortaba con un fragmento del plato de tierra cocida o un fragmento de teja. Otro método para cortar era empleando la parte filuda del carrizo. También cuentan que se cortaba con un fragmento de botella de vidrio roto. Lo que queda del cordón se guarda para utilizarlo como remedio en caso de enfermedades en el niño. Este era empleado para curar del *wayra* o mal viento. También lo suelen guardar como amuleto de la suerte, porque proporciona abundancia al hogar. Los toreros y aficionados a la tauromaquia de la zona, entre sus amuletos, llevan una parte del cordón umbilical para que el toro no los cornee o si los coge no los hiera.

Ilustración 23: Recién nacido protegido con el walq'asqa (envuelto)



Fuente: Dibujo de estudiante de tercer año de primaria de la I.E. C.V.-Haquira, 2017.

La preparación para la lactancia se da varios días antes del parto. Consiste en hacer masajes al seno. El mismo día del parto se exige que haya higiene antes de dar de lactar. Para que salga la leche se ayudan sacando con las manos. Para las mujeres que no tienen mucha leche se les recomienda consumir mate de hinojo. Otro método para tener leche es preparar un caldo con el pájaro carpintero andino (*hak'ajllu*).

Las mujeres acostumbraban estar en cuarentena. En décadas anteriores se acostumbraba reposar durante cuarenta días para no contraer males. Hace una década el tiempo de reposo disminuyó a una semana debido a que las necesidades económicas lo exigían. Al dar el parto en el Centro de Salud entran a internamiento por dos o tres días. Luego de recibir el alta, retornan a sus casas a completar los días de reposo. En las mujeres jóvenes ya no se da este tiempo de reposo porque consideran que el alta del Centro de Salud es suficiente.

Capítulo 5

Soporte social para la salud de las mujeres

En este capítulo veremos lo que concretamente se hace por la salud materna desde el ámbito social y los componentes de la interculturalidad. Siendo Haqira un contexto andino con población quechua hablante y poseedora de una tradición cultural venida desde el Tahuantinsuyo y con influencia de elementos hispanos ha estado articulado con la dinámica de la modernidad desde el momento de su descubrimiento por los españoles y en la actualidad muestra una población mestiza con varios elementos de la identidad andina tradicional y se encuentra accionado por la globalización. Es por esos motivos que en la actualidad arma un retablo de un sistema pluralista de creencias y prácticas médicas. Es por ello que es preciso abordarlo desde la interculturalidad. La interculturalidad se fundamenta en el dialogo y este se realiza siempre y cuando se llega a tener conocimiento del “otro”.

1. Conociendo al contexto social de la salud materna

1.1. Cristal de mira

Lo que observan las personas que proceden de lugares ajenos al distrito es que existen múltiples recursos culturales producto de la diversidad de pisos ecológicos y por la larga tradición histórica. Ven que el empleo de las plantas medicinales como “hierbitas curativas” pueden ser una fuente de ingreso promocionando las plantas curativas o distribuyendo a mercados de Cusco o Lima. Esta mirada es compartida por los mismos pobladores de Haquira y aquellos foráneos que residen allí. Desde el ámbito formal, ya sea en instituciones privadas o del gobierno, también se reconoce las potencialidades turísticas y el interés que tiene la población en esta actividad económica y lo anota como el “incremento del interés por el manejo sostenible de recursos naturales” (Municipalidad Distrital de Haquira, 2012) .

Gráfico 12. Encargados del resguardo de la Salud



Elaboración: Marco A. Astete Checaña, 2018

En la parte cultural identifican que la población es heredera de una tradición cultural sustentada en la riqueza histórica. En varias comunidades conservan formas ancestrales de producción y organización social. Sobre todo, se ven expresados en actividades agrícolas, en las siembras de papa o maíz. Indican que la siembra de las papas nativas tiene un rol integrador de la comunidad, porque en dicha actividad recrean la tradición ya que articulan varios elementos culturales y hay revaloración a dicha actividad (Municipalidad Provincial de Cotabambas, 2010). Aunque también hablan de una constante y creciente pérdida de los valores culturales y las formas organización (Municipalidad Distrital de Haquira, 2012). Esto último se expresa sobre todo en la

población juvenil. Esa pérdida de valores ha llevado a que muchas autoridades hayan desvalorado la “cultura viva” y hayan rezagado el tema de la identidad (Gobierno Regional de Apurímac, 2010).

Ilustración 24: Situación de una de las calles de la capital distrital



Fuente: Fotografía Marco Astete C., 2017

En los diagnósticos que se realizan en los talleres del presupuesto participativo, en documentos de instituciones y en opiniones de los pobladores reconocen que la situación de la institucionalidad política de las organizaciones y la situación económica referidos a la salud tienen: deficiente calidad del servicio educativo; baja calidad del agua y manejo de las aguas residuales; malas condiciones en la prestación del servicio de salud; insalubridad en los servicios y negocios locales; falta de locales para la venta de productos animales y vegetales (camal y mercado modelo); insalubridad por problemas de agua y el colapsamiento del cementerio distrital. Sobre el aspecto epidemiológico reconocen que hay desnutrición crónica, anemia en los niños, parasitosis intestinal, enfermedades respiratorias, partos domiciliarios, automedicación e insalubridad en los servicios y venta de bienes comestibles. Sobre el aspecto infraestructural señalan que hay muy pocos puestos de salud en el distrito, el hogar materno se encuentra deteriorado y no cuenta con apoyo financiero, problemas con la categorización que imposibilitan la resolución de emergencias y la disminución de los insumos. Sobre los recursos humanos señalan que es muy poco personal para muchos habitantes y de estos muchos son

técnicos o Serumistas; así también señalan los bajos sueldos. Como aspectos estructurales señalan las barreras de acceso tanto económicas, culturales y geográficas; resaltan sobre todo las barreras geográficas por tener un solo Centro de Salud en el distrito y para algunas comunidades el tiempo de demora es de cuatro horas en vehículo y un día si es a herradura.

Ilustración 25: Familia transportándose en una motocicleta



Fuente: Fotografía Marco Astete C., 2017

El mal funcionamiento del sistema de salud expresado en la deficiente calidad del servicio prestado lo señalan a partir de la falta de profesional calificado, la poca cantidad del personal, la constante rotación del personal, las malas remuneraciones, la falta de contratos a largo plazo, la provisión de insumos y la celeridad en el sistema de referencias. Señalan que esos problemas tienen que ver con cuestiones de falta de experiencia en la administración desde las direcciones en la Red de Salud y la DIRESA. Aunque también tiene que ver mucho el manejo del tema político: el clientelismo y el autoritarismo. En un estudio sobre el tema político en Haquira encuentran que el faccionalismo, clientelismo y autoritarismo son las principales barreras para la gobernabilidad y la democracia (Landa, 2004).

En cuanto a la población encuentran cambios en hábitos de alimentación y producción que se orientan a productos agroecológicos (Gobierno Regional de Apurímac, 2010). Estos se van articulando a través de distintas formas de asociatividad de organizaciones de productores. Mediante sus organizaciones buscan lograr una gestión integral de

recursos hídricos. También hay funcionamiento de algunas infraestructuras de riego. Así también, los organismos de cooperación y las instituciones responsables del sector económico prestan mayor inversión en proyectos productivos (infraestructura de riego). En estos últimos años se observa la incorporación de población joven a la asociatividad productiva y para ello son reforzadas por las instituciones educativas con formación en alternancia que forman “jóvenes emprendedores”. La ganadería es ahora un sector económico innovador y dinámico. Iniciativas de cultivo de pastos mejorados para la alimentación de los ganados y hay empeño en el cambio genético hacia la raza Brown Swiss de ganado vacuno. Esto muestra una tendencia a la especialización productiva: vacunos de carne y leche, productores de hortalizas. Estos cambios de actitudes van ligados a un cambio favorable en el contexto externo. Existe mayor dinamización del mercado financiero con el incremento de ofertas del mercado financiero y la apertura de mercados internacionales. Así también hay apertura de nuevos mercados para productos andinos por la creciente demanda de productos agroecológicos (Municipalidad Distrital de Haquira, 2012).

Un aspecto que señalan los documentos y es reforzada por las autoridades y líderes es la fragmentación social, en términos de crisis de las organizaciones e instituciones. Uno de los rasgos más saltantes es la falta de trabajos en articulación entre las instituciones. Si bien esta forma de trabajo se instauró en el 2000, esto no ha tenido continuidad. En el caso de la salud había trabajos en conjunto entre el Centro de Salud, el Municipio y las comunidades. *“Tenía que ver con la participación de las autoridades. Es que ellos debían ver el problema social, para llegar al tema de la salud”* (Entrevista a personal de salud, Haquira, 2017). Cuando se construyó la Casa Materna las instituciones apoyaron donando materiales e insumos para su instalación; el Municipio entregaba una canasta familiar a cada gestante. En la actualidad las instituciones se han divorciado y a paso lento están tratando de retomar el trabajo intersectorial. *“Para ser sincera se ha dejado de trabajar, ya no se continúa. Las otras autoridades ya no tienen la misma visión, piensan que el Centro de Salud lo debe hacer todo. A veces tiene que ver con el perfil del clínico. A veces se tiene que ir contra la corriente”* (Entrevista a personal de Salud, Haquira, 2017).

Otro rasgo de la fragmentación es la debilidad de las organizaciones sociales de base. Las juntas que la componen son cada vez poco influyentes entre los integrantes, la participación es escasa y ya no tienen actividades en marcha. A esto señalan como causa

el creciente individualismo en los pobladores. El individualismo que es un fenómeno producido por la modernidad que se manifiesta en Haquira como producto de la entrada masiva del capital mercantil, la fluidez del dinero; todo ello impulsado desde la instalación del Proyecto Las Bambas. El individualismo se expresa en el desinterés por las actividades colectivas. Es por ello que la presencia de los agentes comunitarios de salud, que consistía en ayudar a sus vecinos de la comunidad como una forma voluntaria, está en proceso de desaparición y solo se puede revertir con incentivos porque ellos esperan una retribución económica.

Anteriormente se trabajaba bastante con los promotores y agentes comunitarios, ahora ya no hay trabajo. Ahora la gente se fue a la mina o aprendió a trabajar solo por incentivos, quieren pago. Antes se les retribuía por una canastita de productos. Ahora ya no quieren eso, por eso tenemos pocos promotores y ya no es con el mismo animo de antes (Entrevista a personal de Salud, Haquira, 2017).

La entrada del dinero en forma masiva ha transformado los comportamientos de los pobladores. La búsqueda del incentivo o el interés económico también ha llevado a formar nuevos conflictos, tanto a nivel individual como colectivo. Se han producido problemas por tierras que se producían con “demandadas” en la comisaria o ante el juez por aquellos que habían recibido bonificaciones de la mina y querían nuevas tierras para vivir. Los conflictos de tierras han llevado a generar decenas de procesos judiciales, agresiones físicas y asesinatos entre familiares y vecinos. A nivel colectivo ocurrieron problemas entre comunidades por la delimitación de fronteras. Algunas comunidades tuvieron problemas que llegaron hasta procesos judiciales con sus autoridades que haciendo uso de su cargo vendieron tierras comunales a nombre propio. Otras comunidades buscan su autonomía a través del proceso de distritalización con tal de que los beneficios de las minas solo sean concentrados en sus manos. Algunos comentan en forma de rumores que personas de la mina andaban visitando a las autoridades comunales para incitarles a separarse del distrito con tal de aplicar el “divisionismo entre hermanos”.

“Quieren ser distrito por el presupuesto del Estado, quieren manejar más presupuesto. También el interés es por la mina que se va instalar. No quieren distribuir los beneficios en el distrito de Haquira. Solo quieren concentrarlo para ellos solos. Todo es por el interés económico. Todo es por la plata. Presión de la

minería para separar a las comunidades” (Entrevista a personal de salud, Patán, 2017).

En cuanto al aspecto cognoscitivo, o sea sobre los conocimientos de la gente del pueblo y su forma de obtenerlo, es superficial desde los entes oficiales, puesto que desvaloran la forma de transmisión intergeneracional de forma tradicional frente a la forma pedagógica que se viene implantando desde hace varias décadas. A pesar de que se anoten las actitudes, idiosincrasia y comportamiento, no hay conocimiento ni valoración a la forma cultural de aprendizaje empírico. Sobre el comportamiento señalan la “disminución del conformismo, cambios de actitud de la población”, esto como una tendencia positiva para aplicar los proyectos de desarrollo (Gobierno Regional de Apurímac, 2010). Esto da cuenta de que existe conocimiento de las actitudes en el pasado que viene transformándose. La implantación del desarrollo va acompañada de una noción de “civilización”. *“Como me dices el tema intercultural, esa vaina. Hablando de eso, la población acá ya está bastante civilizada. Ya no es un tema controversial”* (Entrevista a personal de Salud, Patán, 2017). Se parte de la noción de que la gente posee pocos conocimientos y sobre la vida moderna aún está en proceso de aprendizaje y cuanto más llegue a conocer se considerara como “civilizado”, “culturizado”, o “educado”.

Sobre el aspecto de la salud se conoce que la población posee un vasto inventario de métodos y recursos terapéuticos. Sobre todo, se hace recurrente mención al uso de las plantas medicinales (Dirección Regional de Salud Apurímac, 2012). También tienen conocimiento sobre el uso de ciertas prácticas y terapias curativas. De esto mencionan que es una buena medida alternativa a la oferta de salud que da el Centro de Salud. Dicen también que las personas conocen de ciertas prácticas y uso de las plantas de forma tradicional y no necesariamente va acompañada del conocimiento de la explicación de los principios activos y la sintomatología. *“Las señoras llevan a sus bebitos envueltos y eso debe ser para la columna. He visto caso de niños que nacen con deformaciones en los pies y con estar fajados se corrigen. El argumento de las señoras es que se carga fácil y se mueven fácil con un bebe con poco movimiento”* (Entrevista a personal de Salud, Patán, 2017).

Sobre la cosmovisión de las gentes se tiene conocimiento de la forma de “conocimiento común”, quiere decir que se tienen conocimientos básicos y no se hizo ninguna

profundización sobre ello. Se tiene conocimiento de la religiosidad popular, las practicas del catolicismo, los adeptos de las iglesias evangélicas y la creencia en los poderes sobrenaturales de los elementos del entorno físico. De las prácticas religiosas se tiene conocimiento en forma empírica. Así, también tienen conocimiento de las modalidades y performatividades las iglesias evangélicas. Pero, sobre la forma tradicional se tiene conocimiento escaso. A esto último lo llaman costumbres o creencias, siempre y cuando se relacionen a deidades andinas, cerros, lagunas, espíritus. “En algunos casos el pago a *apus* es bueno y a veces por coincidencia o no sé cómo será y si sana” (Entrevista a personal de salud, Haquira, 2017). Se menciona entre las autoridades y prestadores de salud, pero no lo abordan desde los documentos oficiales. En estos últimos solo reconocen como desvaloración de la cultura viva y la pérdida de prácticas andinas tradicionales.

2. La práctica asistencial para la salud materna

2.1. Participación en salud

Desde el enfoque intercultural se aboga por la participación activa de la población en el cuidado de su salud en el que estos *“entran en escena como parte del problema y la solución de la salud y se hace indispensable iniciar procesos no solo participativos, sino de diálogo, es decir de intercambio mutuo de conocimientos”* (Seminario & Cárdenas, 2014, pág. 18). Se asume desde este punto de vista, que la población, haciendo uso de sus recursos, las sociedad civil organizada, las instituciones y los sectores del Estado desarrollan acciones para la prevención y cuidado de la salud desde la participación comunitaria, entendida como “las acciones colectivas a través de las cuales la población conjuntamente con las instituciones del sector, identifican problemas y necesidades, elaboran propuestas, planifican, ejecutan y evalúan el impacto de los programas con el fin de prevenir enfermedades y promover la salud” (Vidal, 1999).

2.1.1. Actores sociales, líderes, instituciones y programas

Desde hace dos décadas se dio apertura para la intervención del gobierno local. En contextos de mayor nivel de poder, las autoridades tienen injerencia política y realizan gestiones para los caseríos y comunidades. En el resto de distritos de la provincia de Cotabambas han creado varios establecimientos, debido a que había consejeros regionales, alcaldes y regidores provinciales que presionaron en las gestiones. Asimismo, desde el gobierno regional desde hace varios años se viene presionando al

gobierno nacional para priorizar en la zona de mayor vulnerabilidad y construir hospitales de alta complejidad en las ciudades de Abancay, Andahuaylas, Chuquibambilla y Challhuanca.

En el ámbito de la provincia, las instituciones y programas comprometidos en afrontar el tema de la salud materna son la Municipalidad Provincial, La UGEL, Red de Salud Cotabambas, y son complementados con los programas JUNTOS, Cuna Mas, Pensión 65. Dentro del distrito de Haquira, la batuta en salud lo asume el Centro de Salud y algunas veces recibió apoyo de las ONG's CADEP, CBC, Manuela Ramos, CARE e instituciones como AMSAT, Municipalidad distrital, Unión Europea, Cruz Roja, Parroquia de Haquira, Colegios, Asociación de restaurantes y hospedajes. En los últimos años hubo intervención de la empresa minera con la apertura del Fondo Social Las Bambas (FOSBAM), que apoyo con campañas itinerantes en salud y ayudó a construir establecimientos. En años anteriores, cuando se construyó el nuevo local del centro de salud la municipalidad apoya con camionetas para el traslado de las emergencias cuando el único vehículo de ambulancia no estaba disponible. Así también se encargaba de pagar al chofer de la ambulancia, dar combustible o separar un fondo para algunos gastos de urgencia sacando de la caja chica. También se encargaba de pagar a técnicos de la periferia o comunidades alejadas en donde funcionan establecimientos I-1. El municipio tenía proyectado construir puestos de salud que serían sostenidos económicamente por el municipio y la población los primeros años para luego pasar a la dependencia del MINSA. Esta forma de trabajo ya no es empleada porque ahora los procesos administrativos piden que todo proyecto de inversión este articulado con las normas. Actualmente el Centro de Salud solo cuenta con los ingresos del MINSA y los pagos de algunos usuarios. No hay trabajos con las instituciones y el municipio dejo de apoyar económicamente. El trabajo del municipio con respecto a la salud se reduce a las actividades con los programas sociales del MIDIS.

Ilustración 26: Priorización en trabajos sobre agua y saneamiento básico



Fuente: Fotografía Marco Astete, 2017

A nivel regional se tienen proyectos y programas que tratan de abarcar todas las localidades. Hay también una Mesa de Lucha Contra la Pobreza. En la región están presentes los Programas sociales JUNTOS, PENSION 65, BECA 18. Asimismo, el vaso de leche y los comedores populares están en todos los distritos, aunque su forma de desenvolvimiento varía. Cada uno de estos programas tiene trabajos coordinados con el Puesto de Salud y escuelas.

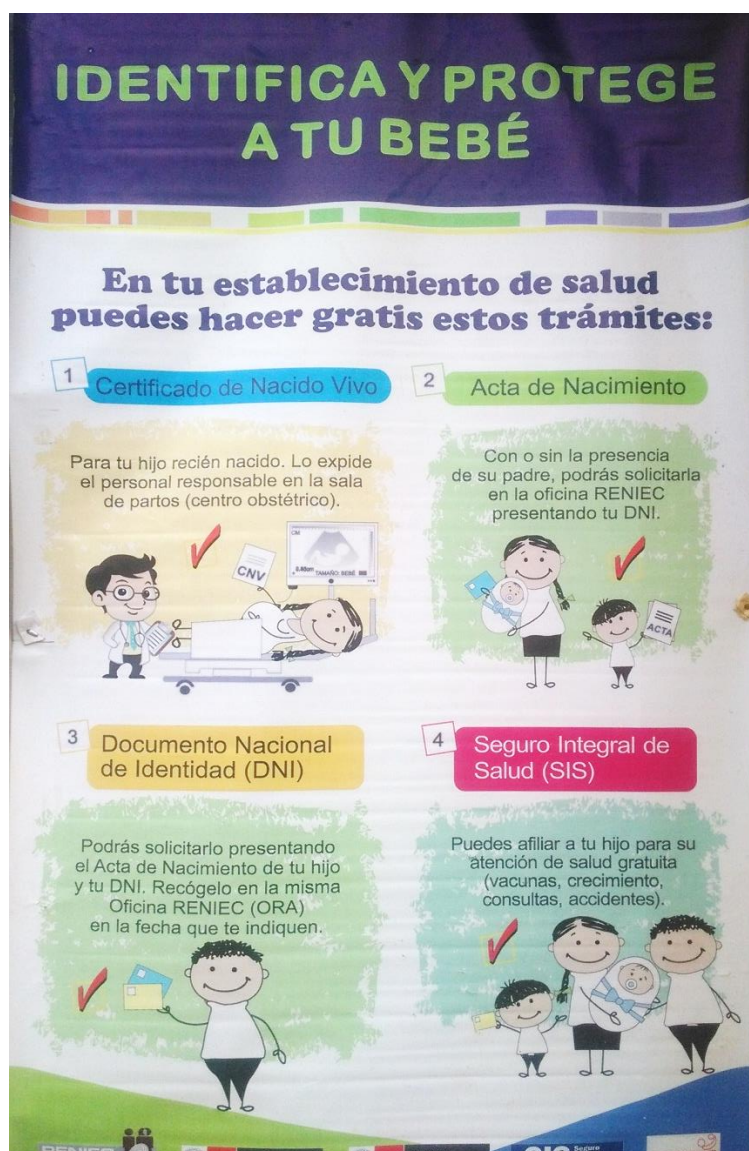
Ilustración 27: Obras del Municipio en un mural



Fuente: Fotografía Marco Astete C., 2017

A nivel de distrito, en el municipio existe coordinación con el Programa Juntos, Qaliwarma, Pensión 65, CUNA MAS. El programa JUNTOS y CUNA MÁS apoyan en el control con sus facilitadores ya que son de la misma comunidad. Visitan semanalmente y dan información. El trabajo del Puesto de salud también coordina con el programa JUNTOS. No solo se trabaja la salud materna, el trabajo es más bien integral. Los comedores populares, dedicados a la alimentación, contribuyen dando alimentos nutritivos porque desde el centro de salud se les dan sesiones demostrativas. El Vaso de Leche es administrado por la Subgerencia de Desarrollo social y su objetivo es contribuir en bajar la desnutrición infantil crónica. Con este programa distribuyen avena con quinua a las madres con hijos menores, ancianos y personas con discapacidad, con una porción de una envoltura por semana. También habría que añadir el trabajo del Padrón Nominal que se realiza en coordinación entre el Centro de Salud y el Municipio, al cual consideran como “trabajo en equipo” en favor de la desde la municipalidad, que consiste en registrar en la Reniec a todos los recién nacidos con los documentos de certificado de nacido vivo que entrega el centro de salud y la partida de nacimiento que da el municipio.

Ilustración 28: Anuncio del Padrón Nominal en un muro del CC.SS. de Haquira



Fuente: Fotografía Marco Astete Checaña, 2017.

En la actualidad, solo los dos colegios de la población y el Convento PATMOS de Haquira apoyan en las actividades de salud al Centro de Salud. Los colegios trabajan de la mano del centro de salud en las campañas de salud bucal, campañas de desparasitación, campañas de vacunas de inmunización y charlas educativas. Sobre las charlas les dan horarios especiales para que el personal pueda enseñar a los estudiantes sobre temas de salud sexual, ETS's, reproducción, alimentación sana, medio ambiente. Así también el colegio recurre al centro de salud en caso de emergencias y en las actividades escolares en donde se requiere la revisión médica de los estudiantes. Esto se da sobre todo en actividades de concursos como Juegos Escolares, Juegos Florales, FENCYT, en donde se pide que el estudiante tenga el certificado de salud. El Centro de

Salud les da una atención inmediata con la condición de que el colegio también los atienda rápido en lo que ellos vayan a requerir. El convento de Haquira es el principal aliado para los prestadores del Centro de Salud. Esto se daba sobre todo en años anteriores cuando la población analfabeta y rural no tenía el documento nacional de identidad, el cual es indispensable para su atención. Aparte de que no podía contar con la solvencia económica, eran recomendados al consultorio de las monjas y ellas atendían caritativamente a quienes no tenían los recursos. También atendían problemas que el Centro de Salud no podía solucionar, como el caso de las pequeñas cirugías y tenían medicamentos que no había en el Centro de Salud. La Cruz Roja también llegaba por temporadas con sus campañas de salud, pero la mayoría de los insumos lo dejaba en el consultorio de la parroquia, de esta forma la parroquia era abastecida.

Tabla 15: Diagnostico de problemas y propuestas de los candidatos a la alcaldía de Haquira

Problemas identificados	Estrategias			
	Acción Política	Participación Política	Competencia Intercultural	Intersectorialidad
Pobreza extrema, bajos índices de desarrollo humano, violencia familiar, desnutrición crónica infantil, consumo de agua entubada no potabilizada, contaminación por residuos sólidos, baja capacidad resolutoria de los establecimientos, falta de equipamiento en los establecimientos de salud, falta de personal especializado, Debilidad de las organizaciones de base, escasa inversión en temas sociales, Mesa de Concertación desactivada, débil articulación intersectorial	Acción política sobre las bases del PDC, Potabilización del agua, saneamiento básico, Manejo de los residuos, Recategorización de los establecimientos de salud, implementación de puestos, creación de infraestructura para salud, erradicación de la desnutrición crónica, estimulación neonatal y postnatal, seguridad alimentaria, adaptación al cambio climático, gestión transparente	Fortalecimiento de la participación política, promoción de la sociedad civil organizada, Planificación concertada	Reforestación, fortalecimiento de capacidades de personal para la buena atención, actualización del personal de atención, alimentación con productos de la zona	Articulación con las instituciones, articular los proyectos y programas, establecer convenios con las instituciones, Gestiones para nuevas infraestructuras de puestos de salud, Reorganizar a las organizaciones sociales de base, Descentralizar la gestión municipal, intervención focalizada con actividades priorizadas, Involucrar a los centros poblados.

Fuente: Jurado Nacional de Elecciones, 2017

Elaboración: Marco A. Astete Checaña, 2017

Para el contexto de las comunidades y anexos, la comunidad campesina, la ronda, las juntas vecinales-comunales y la dirigencia comunal son las instituciones más importantes. Como organización comunal se organizan ya sea para agricultura, para mejoramiento de ganado o también para el tema de salud. En la actualidad, las funciones y motivos de la comunidad están dando un viraje hacia las actividades económico empresariales.

La sociedad civil organizada actúa de forma intermitente puesto que solo se presenta en momentos de coyuntura electoral o con situaciones de urgencia. En el caso de emergencias se dan cuando hay incumplimiento de actividades de las instituciones o escándalos públicos. Esto se evidencia durante la gestión anterior en el que cuestionaban ciertas irregularidades con los funcionarios y trataron de poner en vacancia al alcalde. En el distrito se tiene registrado en a sus organizaciones de base, como juntas vecinales, rondas, etc. pero no se percibe una participación activa de la sociedad civil organizada.

Ilustración 29: Ruta de acceso al Centro de Salud de Haquira



Fuente: Fotografía Marco A. Astete Checaña, 2017.

En años anteriores, especialmente en los noventa, la mayoría de las instituciones contribuyeron, en la medida de sus posibilidades a afrontar el tema de la salud materna y el problema de las muertes maternas. Las instituciones presentes en el contexto local tienen intervención de cualquier forma, por muy poco que sea el apoyo, ya contribuye en sumar a las estadísticas. Instituciones como la iglesia católica y ONG's apoyan desde

muchos años atrás. De acuerdo a la definición formal la principal institución es el Gobierno Regional porque es la representación de todos los ministerios del gobierno central, desde ahí emergen los programas y estrategias que los municipios locales lo aplican. En el caso de Cotabambas, por su situación cercana a Cusco, más parecía una dependencia de Cusco en términos prácticos y jurídicos. Para señalarlo como ejemplo, los distritos de Mara, Challhuahuacho y Haqira están dentro de la Mancomunidad del Rio Santo Tomas (AMSAT), que está registrado en la Región Cusco. En términos políticos, la población percibió un abandono y hasta desconocimiento por parte de la capital Abancay. Por ello, la mayoría de las actividades emprendían “desde abajo”, con el apoyo y sostenimiento de las comunidades, el municipio realizaba sus actividades; muchas veces tuvo que pedir apoyo de la provincia de Chumbivilcas, región Cusco.

Como Gobierno Regional, se aprecia que las políticas de salud en las provincias no están logrando los resultados. La explicación de esto reside a que se aplican de forma “mecánica”: son políticas emanadas desde el nivel central, sin considerar las particularidades a nivel local. Esta situación impide la “recreación” de políticas y acciones según las necesidades locales. De otro lado, señalan la insuficiencia de recursos humanos en salud, aun su creciente disminución, para el desarrollo regional de las acciones en salud.

2.1.2. Formas de participación

El gobernador regional ya está presionando desde hace varios años al gobierno nacional para que prioricen en la región. Además, desde hace décadas se consideró a la región dentro del trapecio andino de la pobreza. En la Región hay injerencia política, según nos informan las autoridades, en el nivel central debido a que sus congresistas siempre ejercen presión. En los noventa se trabajó con los promotores de salud y los hueseros, curanderos y parteras apoyaban al centro de salud haciendo referencias en casos de emergencia. Estos, más tarde fueron “capacitados” y son registrados como promotoras para el apoyo formal de acuerdo a la nueva normativa. Los comedores populares dedicados a la alimentación contribuyeron dando alimentos nutritivos, desde el centro de salud se les dan sesiones demostrativas y su población objetivo eran las familias con bajos recursos económicos. Antes había el apoyo de las ONG formando las escuelas, políticas públicas en salud, tenían zonas asignadas y hacían campañas de odontología, obstetricia, Papanicolaou, oftalmología.

Ilustración 30: Construcción de carreteras que articulan las comunidades



Fuente: Fotografía Marco A. Astete Checaña, 2017.

Respecto al presupuesto participativo la gente tiene participación masiva en estos últimos años por la estrategia de llevar los talleres a las comunidades, pero la gente tiene desconfianza porque lo que se prioriza “en la realidad no se cumple”. También hay un comité de vigilancia, que funciona como el Consejo de Concertación Local y Comité de Defensa de los Intereses del Distrito de Haquira que hacen los trabajos de fiscalización en el distrito de Haquira.

En la mayoría de los comentarios recogidos, la prioridad en el tema de trabajo es la prevención. Asimismo, se está sensibilizando a la población y a los principales actores sociales para trabajar en conjunto por el tema de la salud. El deseo de trabajar en alianza es manifestado por muchas instituciones y entre sus propuestas tienen el trabajo con el personal en capacitación, concientización y humanización; cambiar el esquema de Productos Por Resultado, cambiar el esquema de los programas del estado, mirar de otra forma las políticas públicas (la formulación es centralista y muy generalizada), trabajar en temas de interculturalidad, los puestos de salud deberían tener como aliados a las parteras y por último se debería hacer una estrategia que no juzgue.

2.1.3. Facilidades y dificultades

En la zona existen instituciones que cubren las tareas del MINSA. Por ejemplo, las farmacias y boticas particulares, los naturistas y las campañas de salud de organizaciones internacionales y religiosas como la Cruz Roja. La disponibilidad de trabajo de los promotores de salud apoya al trabajo alertando en los casos de emergencias. El empleo de la telefonía móvil ayuda en la vigilancia y en las coordinaciones. Por medio del celular reciben cualquier alerta para su rápida atención. Además, el traslado no demora mucho tiempo como en el pasado porque la mayoría de las comunidades cuenta con carreteras de acceso y hay movilidad particular disponible a cualquier hora.

Ilustración 31: Estado de las calles en el Centro Poblado Patan



Fuente: Fotografía Marco A. Astete Checaña, 2017.

Un problema es la formación del personal de los establecimientos de salud que ven a la interculturalidad como un “cuento” que no tiene importancia. Pero la misma práctica laboral los lleva a sumir un compromiso ético. *“Algunos se niegan a incorporar el enfoque y asisten a los talleres sin ganas, pero con el tiempo ellos terminan enseñando a los nuevos”* (Entrevista a personal de salud, 2017). Después de cierto trabajo de sensibilización, el personal también puede aplicar el componente intercultural, pero el

problema que se agrega es que este personal es desplazado a otro puesto y su enfoque intercultural puede coincidir en sus últimos días de trabajo.

Entre las principales dificultades se inscribe la no continuidad de las líneas de trabajo. El hecho de que los directores o principales decisores tengan que ser removidos constantemente hace que los programas a largo plazo no sean viables. “Cada cambio de gobierno estropea las gestiones” (Entrevista a personal de salud, 2017), no se puede planificar proyectos a mediano y largo plazo. Otra dificultad es la constante escasez de presupuesto, lo que se traduce en menos personal especializado y menos equipamiento para los establecimientos.

2.1.4. Percepción de la participación

Entre las opiniones de la población y algunas autoridades, con ciertas excepciones, dicen que el alcalde no tiene interés en el pueblo. Falta mucha voluntad. Su trabajo es clientelista y nunca es viable. Trata de hacer el trabajo personalista, para quedar bien como amigo. De la misma forma en el Centro de Salud opinan que solo contratan a técnicos para hacer cantidad y ahora ni siquiera ya hacen esos contratos. Pero también se les contrata porque solamente son los técnicos quienes aceptan ser enviados a las zonas más alejadas y aquellos que estudiaron una carrera profesional no aceptan “rebajarse” yendo a comunidades lejanas. Se dice que el personal debe tener capacitaciones de interculturalidad. Añaden también que contando con poco presupuesto se debe priorizar las zonas vulnerables. Hacen falta profesionales y las veces que llegan tienen poca experiencia.

La mayoría de los problemas en la localidad y particularmente en la salud perciben que los principales responsables son las autoridades y los funcionarios que están a cargo de ejecutar programas y estrategias: “El tema de Muerte materna pasa a ser un tema de gestión”. Esto es, la mala capacidad resolutive, la distribución del personal, la poca capacitación del personal, el tema de equipamiento, el presupuesto y las gestiones. El problema que señalan sobre el recurso humano es la mala distribución, en donde se requiere en mayor cantidad es escaso mientras que hay lugares en donde no hay ningún personal. Ya no hay asignación de personal SERUM en la zona. En donde el personal es escaso, el personal médico no se desplaza, también el personal SERUM no puede ser desplazado según la nueva resolución. En las direcciones de salud no están de acuerdo con la forma de trabajar con el personal. Una de las cosas que hacen mal es capacitarlos

y luego rotarlos. La capacitación para luego mandarlos a otra zona, en la práctica es un desperdicio de esfuerzo.

Otro aspecto que siempre está en juicio es la capacitación del personal. Al ser SERUM la experiencia que tienen es muy escasa y no se hacen capacitaciones sobre interculturalidad. Antes las obstétricas se oponían al trabajo de las parteras. Aun hoy las intervenciones no se adaptan a las realidades de las comunidades. Una de las cosas punibles es que van con intenciones de desarraigar a la gente de sus tradiciones.

El equipamiento de los puestos de salud es un asunto que sigue siendo postergado. El Centro de Salud de Haquira debe ser el lugar de referencia por ser cabeceras de Micro red, pero no tiene la capacidad resolutive por falta de equipamiento, por eso prefieren emplear todos los recursos terapéuticos domésticos y tradicionales antes de decidir a ser referidos a Tambobamba o Cusco. Los Centros de Salud, cabeceras de Micro red, que deberían ser la barrera de contención de la Red, pero no cuenta con el equipamiento necesario. Las barreras de contención, las postas y puestos de salud, no cumplen su función porque no tienen personal, por falta de incentivo falta de equipamiento y porque la gente tampoco acude. Los hospitales de Tambobamba, Santo Tomas, Abancay, Regional de Cusco, son los que atienden la mayor cantidad de partos con riesgo, pero se turgurizan y colapsan. Por eso la mayoría de las muertes maternas se registran ahora en Hospitales.

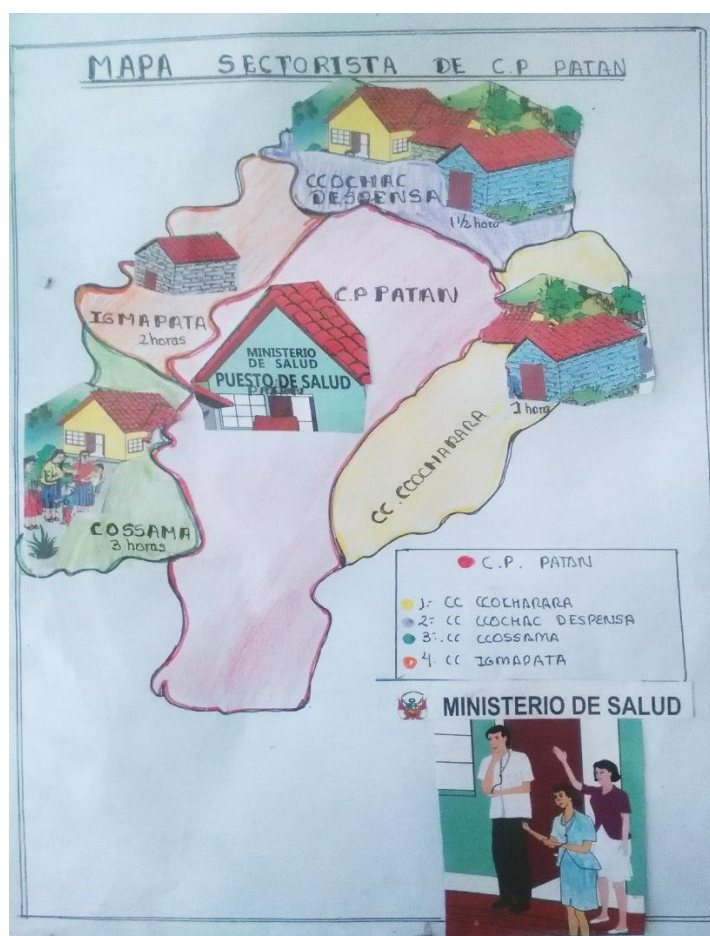
Ilustración 32: Atención diaria en el Centro de Salud de Haquira



Fuente: Fotografía Marco Astete Checaña, 2017.

Otro problema viene desde el nivel central de decisión. Una expresión de malestar manifestada es que el Ministerio de Salud trata a la Dirección Regional de Salud, como una instancia separada del Gobierno Regional, cuando es la DIRESA una parte constitutiva del Gobierno Regional. La solución para los problemas planteados, es que la Región debe tener una mayor injerencia en el diseño presupuestal, particularmente en los Programas Presupuestales, así como el incremento de los recursos humanos con mayores niveles de calificación y competencias. Como Gobierno Regional, se aprecia que las políticas de salud en la Región, no están logrando los resultados en especial para el tema de salud materna. La explicación de esto reside a que se aplican “mecánicamente” políticas emanadas desde el nivel central, sin considerar las particularidades que asumen las realidades de salud a nivel local. Esta situación impide la “recreación” de políticas y acciones según las necesidades locales. De otro lado, se señaló la insuficiencia de recursos económicos para la salud en el desarrollo regional de las acciones en salud.

Ilustración 33: Sectorización territorial en un mural de la Posta de Patan



Fuente: Fotografía Marco A. Astete Checaña, 2017.

De este itinerario de atención de las personas no se tiene conocimiento oficial en el Centro de Salud. Ha habido algunos directores que observaron que los tratamientos domésticos y tradicionales son una traba para las actividades del CC.SS. y actuaron capacitando a los promotores, técnicos y demás personas tratando de desarraigar esas costumbres locales. El esquema era dar un “tratamiento limpio”, libre de “manoseos” de curanderos, y tratar a los enfermos como exigen las directivas. Con quienes tuvieron confrontación fueron con los curanderos y parteras puesto que consideraban que estos agentes “malograban” a los pacientes dándoles mates de hiervas o envolviéndolos de emplastos. Cuentan algunas ex parteras que llegaban hasta sus casas, las personas del Centro de Salud acompañados de la policía, del gobernador y algún fiscal y estos les regañaban por estar atendiendo partos en sus casas de las embarazadas y también les amenazaban con llevarle a la cárcel de Tambobamba si seguían haciéndolo.

Ilustración 34: Vehículo empleado para ambulancia en estado de abandono



Fuente: Fotografía Marco A. Astete Checaña, 2017.

Los curanderos también ven como un obstáculo a sus actividades a la intervención del Centro de Salud. Ellos ven al establecimiento como un lugar en donde se resuelven ciertos problemas y no pueden solucionar los problemas que ellos conocen. Dicen que el establecimiento cuando llegó vino trayendo nuevas enfermedades y solo eso saben solucionar. También dicen que en las ciudades y otros países del mundo se generan enfermedades que son producidas por esos agentes biomédicos o por la maldad de la gente “desarrollada” o “gringa” y que el establecimiento de salud y los hospitales con suerte podrían tener capacidad para solucionar esos problemas. Los males propios del pueblo son desconocidos por las personas del Centro de Salud razón por la que no podrían dar la cura y cada vez que intervienen con ampollas, sueros y pastillas empeoran aún más a la persona o bien le propician una nueva enfermedad. Se maneja el concepto de *pantachiy* que significa “hacer equivocar”, “desviar de camino”, “cruzar” y en sentido médico se refieren a que hacen desviar a la enfermedad y ya no se le puede tratar con la medicina local y habrá que esperar que solucionen el malestar con los medicamentos de los “doctores”.

En el caso de las mujeres gestantes, el embarazo lo detectan las mismas mujeres o a veces requieren la ayuda de una persona de confianza, generalmente el mismo esposo o la madre de la mujer embarazada. Muchas veces no se puede detectar a una mujer embarazada porque ellas no acuden por su propia voluntad al Centro de Salud para llevar los controles. Así que se requiere el trabajo comunitario y el funcionamiento del radar

de gestantes. El control tiene el interés de que las mujeres asistan a todos sus controles, reciban sus medicamentos y hagan lo que se les recomienda. Pero no se tiene información de los cuidados que vienen realizando desde sus formas culturales. No se sabe a cabalidad sobre las frotaciones o rituales que reciben desde un informe oficial. A nivel individual algunos del personal conocen y es ahí que actúan con campañas en contra de las parteras. Aunque durante fines de la década del noventa se trabajaba con las parteras como aliadas para hacer partos institucionales, este trabajo desapareció dando paso a las “amenazas” y ahora no se tiene parteras identificadas.

Los partos domiciliarios eran bastantes. Casi todos los partos eran domiciliarios. Basta con decirte que la señora Rigoberta de acá abajo, en su último parto, lo hizo en su casa, imagínese. La señora Sara también lo dio en su casa. Es fácil de sacar conclusiones. Hasta a los que estaban a un paso del centro de salud no podíamos persuadir (Entrevista a personal de Salud, Haquira, 2017).

El trabajo de referencia y contrarreferencia se remite a las derivaciones que establece la norma. En casos de emergencia o baja capacidad resolutive se busca cupos en los hospitales de Tambobamba, Abancay, Cusco o Santo Tomas. El trabajo de contrarreferencia aun cuneta con serias deficiencias. No se tiene seguimiento del tratamiento indicado, no se realizan estrategias para que el paciente musicalizado vuelva al establecimiento. Se señala que una de las últimas muertes maternas en el distrito fue por problemas de contrarreferencia. *“Hizo un parto domiciliario, hizo repulsión placentaria y cuando se fue de alta. Le dimos antibióticos y asumimos que se cuidaría. Pero manipulo mal los medicamentos o bien no los tomo y como no le hicimos seguimiento, la paciente murió con dispepsias”* (Entrevista a personal de salud, Haquira, 2017).

Ilustración 35: Anuncio en quechua sobre el frío en un muro del CC.SS. Haquira



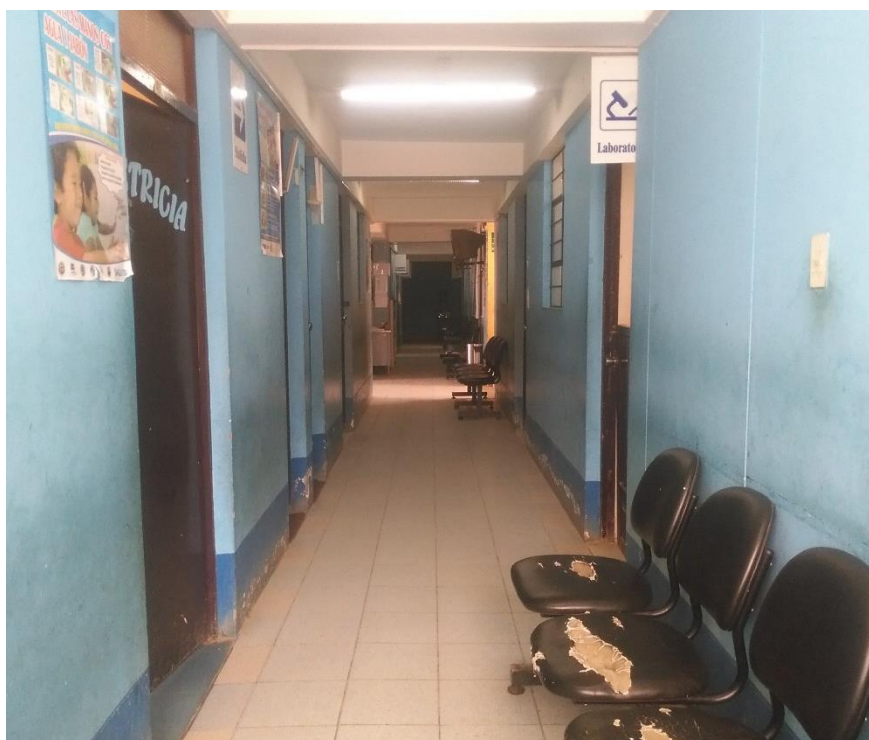
Fuente: Fotografía Marco A. Astete Checaña, 2017.

2.2. Atención del personal

Como observamos más arriba en los puntos de adecuación y pertinencia, la mayoría de los logros en aspectos de calidad de atención y enfoque intercultural se dio de forma individual, como un componente más personal que institucional. El hecho de que la mayoría del personal sea de la zona o que algunos médicos hayan comprendido la necesidad de entablar acuerdos con la población hizo que la población vea hoy a los establecimientos de salud con más confianza que hace veinte años. Por la observación de las costumbres y la idiosincrasia de la población algunos del personal de atención decidieron por la opción de adecuarse a la población. Los años de trabajo les permitió ver que las personas hacen uso de sus plantas medicinales en mates, emplastos; también la comunicación en el idioma quechua fue puesta en práctica. *“La medicina tradicional siempre hubo acá y es por eso que no lo dejan de usar. La población tiene conocimientos en algunas técnicas y acá es permitido”* (Entrevista a Personal de Salud, Haquira, 2017). También llegan a tener conocimiento de las practicas curativas para el tratamiento como el fajado a los recién nacidos. Algunos técnicos y profesionales recomiendan emplear

determinadas plantas o ciertas recetas. *“Hasta nosotras mismas teníamos que recordarles por el chumpi, por sus mates. Es distinto a que se tomen cualquier cosa o pastilla, ahí si les puede hacer daño. Las cosas que no le hacen daño no hay porque prohibirles”* (Entrevista a Personal de Salud, Haquira, 2017).

Ilustración 36: Pasadizo del Centro de Salud de Haquira



Fuente: Fotografía Marco A. Astete Checaña, 2017.

Un problema para dar continuidad a estos trabajos es la “falta de claridad en la norma” que manifiesta la mayoría del personal de salud. A pesar de que existen normas que propician el trabajo con enfoque intercultural, el personal entrevistado dice que viene realizando el trabajo con la medicina tradicional de “modo personal” y esto vendría a ser un trabajo clandestino puesto no está en la norma o no está señalado con claridad. El parto vertical fue promocionado durante los primeros años de la década anterior, incluso se tenía los materiales para esta forma de parto. Con los años, con el cambio de directores y personal de obstetricia, se llega a una situación en donde el parto vertical es mostrado en la lista de opciones, pero no se los promociona. *“Muy pocos partos verticales se atienden. La obstetra de ahora lo oferta, pero la población ya no lo elige mucho. La sala de parto lo adecuamos de colores alegres para que la mujer entre en confianza”* (Entrevista a Personal de Salud, Haquira, 2017). Entre las razones para que no se estén dando los partos verticales son: formación inadecuada en temas de salud intercultural,

ausencia de temas en interculturalidad durante la formación profesional, el temor legal a las normas, la carencia de infraestructura adecuada para el parto vertical, y las relaciones asimétricas entre médico-paciente en el que el medico tiene el poder de decisión sobre la salud del paciente (Dongo & Puente de la Vega, 2011).

Ilustración 37: Atención a gestantes en el Centro de Salud de Haquira

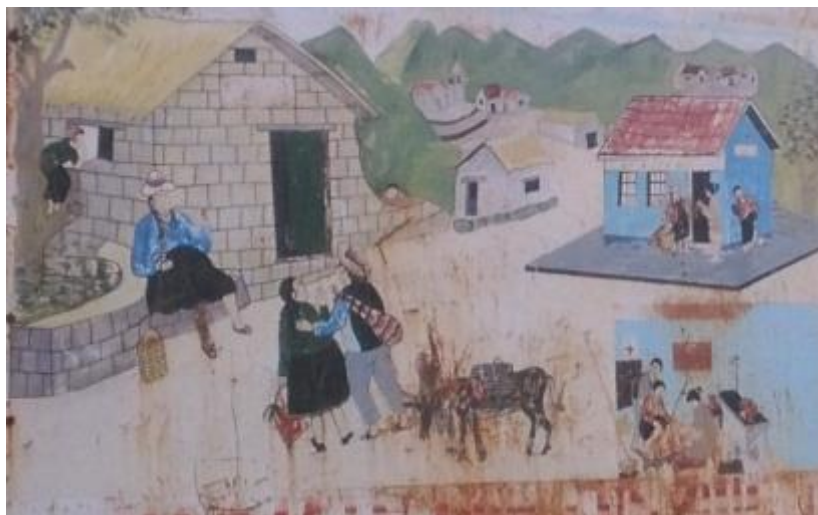


Fuente: Fotografía Marco A. Astete Checaña, 2017.

Entre las personas entrevistadas sobre la calidad de atención recibida en los establecimientos de salud señalan que hay una diferencia sustancial entre el trato que da el personal profesional y el personal técnico. Muchos dicen encontrar mayor confianza con el personal profesional, mientras que el personal técnico “parece atender sin ganas”. Aunque también señalan en que encuentran temor en el trato de todo el personal cuando acuden a tratarse problemas “prevenibles” ya que son resondrados. Otra de las causas del temor es el tiempo de espera por la que pasan los pacientes y la posible indignación de que se suscite cuando llegue un “allegado” de alguien del personal y lo atienda antes que el paciente que venía esperando. Otro factor de temor es la vergüenza individual y social por la que podrían pasar. A nivel individual dicen tener temores al ser expuestos desnudos para ser examinados o que les revise alguien del sexo inadecuado; esto se da sobre todo en mujeres que no aceptan ser revisadas obstétricamente por varones. A nivel social temen al que el personal difunda entre la gente de la población sobre su

padecimiento o la forma en que adquirió dicho problema. Esto último se da, como ejemplo, en embarazos adolescentes en el caso de que la mujer que se atiende desearía que se guarde total discreción porque puede darse el caso de que el embarazo es producto de una violación.

Ilustración 38. Imagen de propaganda de la Casa Materna



Fuente: Fotografía Marco Antonio Astete Checaña, 2016.

A veces el maltrato y la humillación a las usuarias es un factor para que haya desconfianza en el personal. Ese temor va sumado a varios factores de deficiencia que son visibles para el personal. Para una atención en un puesto de salud se toman en cuenta varios aspectos. Primero se tiene que cuentan con recursos terapéuticos tradicionales y que estos son la primera opción, hasta podrían ser los únicos si es que llegan a dar resultados efectivos. Con ese primer “retraso” las usuarias reciben una primera censura y luego son regañados por la falta de cuidados. Luego se tiene la larga demora en la atención, lo cual ahuyenta a quienes necesitan atenderse. Otro punto importante es la desconfianza en el personal técnico, que a veces suele mostrar “falta de profesionalismo”. La vergüenza también es tenida en cuenta ya que el mismo personal estigmatiza al paciente por sus males o a sus apoderados al señalarlos como descuidados. Estos comportamientos crean temor en los pacientes y hacen que su concurrencia a los establecimientos no sea tan frecuente o se necesite que haya una persona bisagra para que vuelvan al Centro de Salud.

Pese a esas desavenencias aún hay horizontes en donde se tiene proyectado en buscar la satisfacción de los usuarios mejorando la calidad de atención. Se vienen dando charlas, capacitaciones, cursos, pasantías para mejorar la atención. Aparte de esos trabajos

oficiales, el personal con más experiencia siempre va tutelar a los nuevos para que tenga “empatía” con los pacientes. El hablar amistosamente con los usuarios es fundamental dentro del establecimiento de salud de manera que haya mayor acercamiento de la población, mayor seguimiento de la prevención de salud y mayor adherencia a los tratamientos recomendados. *“El estado emocional del personal que atiende también lo trabajamos. Siempre le decimos que den buen trato. Con solo escucharles las pacientes confían”* (Entrevista a Personal de Salud, Haquira, 2017).

Entre muchas usuarias también se escuchan historias de experiencias en hospitales de las ciudades para atenderse emergencias o casos que fueron derivados del Centro de Salud de Haquira. Muchas historias están contenidas de eventos dramáticos que suelen revivir malos recuerdos. Estas historias muestran las falencias que tienen los hospitales públicos y el abuso de los establecimientos privados en cuanto a sus tarifas. También la falta de capacidad resolutive de los establecimientos, Centros de Salud y Hospitales en las regiones. La deficiente organización interna, falta de insumos de todo tipo, atención inadecuada, falta de conocimiento médico, falta de conocimiento especializado, falta de empatía con los pacientes, violencia psicológica, en suma, violencia institucionalizada son rasgos característicos de los establecimientos de salud en las regiones de Cusco o Arequipa, incluyendo Lima. A nivel personal del paciente se describe su sufrimiento, por el dolor físico, por la preocupación sobre sus hijos además incluye el sufrimiento y preocupación de la familia. El sufrimiento por la falta de atención adecuada por el personal de atención, la falta de resolución inmediata. A grandes rasgos, dentro de la calidad de atención intervienen aspectos socioeconómicos, políticos e ideológicos. También hay aspectos de origen cultural, como es el caso de la discriminación étnica. Para las personas con diferente origen étnico o forma de hablar se impone con violencia estructural del sistema de salud.

A nivel local, con la reciente articulación de las instituciones, desde el municipio se plantea hacer de modo general proyectos de desarrollo de capacidades, capacitaciones al personal para que haya mejor calidad de atención, mejoramiento de la educación básica intercultural, ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos con enfoque intercultural para el mejoramiento emocional familiar y dentro de la salud ya se puso en consideración el fortalecimiento de casa materna y sostenibilidad con enfoque intercultural. Entre la población cada vez hay más acierto de que los problemas nacionales los heredamos cuando nacemos y que solo la buena educación y la formación

de ciudadanos para el futuro podrá cambiar el país y su forma de gobierno. Con estas opiniones se interpreta que un verdadero cambio de paradigmas sería revertir todo el esquema del sistema de salud pública y el enfoque de trabajo del Estado. Este primer cambio daría la posibilidad a realizar trabajos creativos a nivel local ajustados a su realidad.

2.3. Percepciones sobre los servicios de salud

Las usuarias reconocen que en la actualidad han aparecido nuevas enfermedades y estas solo pueden ser solucionados por la medicina occidental y es por ello que cada vez acuden con mayor frecuencia al Centro de Salud. Además, el trabajo de antaño del personal le dio confianza a la población.

La población percibe al establecimiento de salud (posta médica, centro de salud, hospital), al personal técnico y médico, los medicamentos y las tecnologías médicas como un agente moderno que soluciona los nuevos problemas de salud. En la población más joven se considera que es el único capaz de solucionar las enfermedades. Entre las personas mayores se considera que de los médicos no solucionan problemas que los *hampiqruna* pueden solucionar. Por eso se dice que las ecografías son imprecisas en conocer el sexo del bebé, pues para ellos no hay mucha necesidad de someter a las mujeres a unas intervenciones dolorosas, basta con saber por medio de las venas, viendo la cara o la forma de la barriga.

Para la mayoría de las gestantes es difícil seguir con las recetas médicas. Muchas de ellas no tienen costumbre de ingerir esos medicamentos. Algunas no quieren hacerlo por el sabor desagradable. Una entrevistada cuenta de que el medicamento aparte de ser desagradable le causaba mareos y vómitos.

Dentro del establecimiento sienten que tienen muchas restricciones. Ven a la posta o centro de salud con mucho miedo. No pueden mover ningún objeto, mucho menos dañarlo, porque podrían ser regañadas. Los niños menores son dejados en sus casas para evitar que con sus travesuras hagan daños materiales. Además, consideran que en la posta solían prohibir el realizar prácticas tradicionales para el cuidado de la gestante, como es el consumir algunas plantas, ir acompañadas de sus familiares. Algunas enfermeras consideran que las prácticas tradicionales si las benefician, pero por seguir la norma tienen que restringir algunas actividades. Según la información del personal de

salud, ahora es permitido llevar amuletos, alimentos y estar acompañadas de sus familiares.

Ilustración 39: Calle de acceso a la Posta de Patan



Fuente: Fotografía Marco A. Astete Checaña, 2017.

Sobre las actividades del parto consideran que los lugares no son los adecuados porque las mujeres se enfrían rápido. Las personas mayores consideran que se debería ayudar con las hiervas para mantenerlas calientes, pero el personal cuando no es comprensivo no les deja. Ni siquiera les permiten ingresar a la sala de partos. Para las mujeres es importante estar acompañadas y desearían tener cerca a su esposo o su madre. La posición del parto es estar echadas en la camilla de parto y manifiestan que no es muy cómoda y si habría otra forma preferirían eso. El estar echadas les causa mucho dolor y el nivel de soportabilidad se reduce porque la posición horizontal no permite la libre respiración. Entre las más jóvenes se desconoce el parto vertical y tampoco se les hace buena difusión de esa técnica. Según las parteras, cuando las mujeres están paradas o sentadas hay menos dolor, se hace en menos tiempo, poco riesgo y no se recurren a cortes. El trabajo de parto en años anteriores era mayormente de la mujer, pues ella misma controlaba la respiración, podía ayudarse con las manos y tenía más fuerza para expulsar. En cambio, con la postura horizontal en la camilla “hay mucho dolor, se terminan las fuerzas, no nos podemos ayudar con las manos porque nos tienen amarradas” (Entrevista madre de familia, Haquira, 2017). Algunas mujeres se quejan

por ser amarradas, pues ellas quisieran ayudarse, pero el estar “como Túpac Amaru” no les permite. Además, las enfermeras solo les miran y les gritan para que no se quejen mientras van quejándose de dolor; lo contrario sucede con las parteras que ayudan con frotaciones, torsiones y dan animos.

Una vez expulsado él bebe se espera a que el personal proceda con su tratamiento. Asimismo, se preguntan qué harán con el cordón umbilical y la placenta. Muchas de las personas quisieran tener al acceso del cordón y la placenta para darle el tratamiento que se da tradicionalmente. Hace años, el personal se negaba a darlos y por ende desconocían el tratamiento que se le daba. Algunos quedaban con la incertidumbre sobre el buen tratamiento que se le haya podido dar. En algunos casos, cuando él bebe con varios días de nacido estaba en constante llanto, se consideraba que el personal médico no hizo el tratamiento adecuado a la placenta. Ahora se llegó a un acuerdo de que el personal debe entregar la placenta si alguien lo reclama.

Frente a la existencia de hospitales prefieren estar alejados de ellos, puesto que consideran que es lugar para salvarse de la muerte inminente o bien para ir a morir. Con las muchas experiencias de muerte que se han observado, se percibe al hospital como un lugar de muerte. Además, el trato que reciben en los hospitales es deshumanizado. Si acuden a un establecimiento de salud solo puede ser el de Haquira porque en estos todavía hay un trato soportable. Pero la atención que recibieron en los Hospitales, ya sea en Cusco, Arequipa o Lima no es muy grata para ellos. Muchos refieren experiencias a haber sido discriminadas por razones de higiene, vestimenta o hábitos. Tampoco se les permite estar junto a sus familiares. El sistema de visitas por horarios, en cantidad limitada, es vista como muy restrictiva.

CONCLUSIONES

Haquira tiene orígenes prehispánicos; pues los primeros en asentarse en estos territorios fueron grupos pertenecientes a la cultura Wari. Posteriormente la zona fue dominio de la nación Qheshwa con el grupo Yanawara, que más tarde fueron conquistados por los incas. Con la conquista, el lugar pasó a la dependencia de la provincia de Cotabambas, que fue una intendencia de Cuzco. Las actividades económicas que emergieron fueron la agricultura, ganadería y se puso más énfasis en la minería. Haquira se convirtió en centro hegemónico durante la época de la colonia y estuvo así hasta mediados del siglo XX. Además de ello se convirtió en una principal zona de articulación en el corredor de las “provincias altas” (Garzon, 1996). Las actividades económicas vinculadas a la agropecuaria fueron básicamente de subsistencia y dieron paso a que el patrón de asentamiento sea disperso y básicamente rural (Arredondo, 1970). Recién los cambios de estas últimas décadas abrieron paso a la urbanización y el desarrollo de la actividad del comercio en menoscabo de las actividades tradicionales (Huillcahuanaco N. C., 2008). La principal actividad económica de Haquira, en el área urbano, es el comercio, a esta actividad le siguen el transporte, el agro, la ganadería y el turismo.

El dinamismo de esta sociedad en relación a los componentes sociales, políticos y económicos han percutido en transformaciones estructurales modificando las estrategias de subsistencia, en el que se muestra la contraposición de una economía mercantil y una de subsistencia. Así también la proletarianización de sectores campesinos como mano de obra asalariada en la gran minería, junto con la debilitada economía consumista de los campesinos conllevan a una fuerte dependencia hacia la economía empresarial para la generación de ingresos destinado a suplir las necesidades básicas de educación, vivienda, salud, etc. Esta formación de dualización de la estructura económica ha generado la disminución de las posibilidades de subsistencia basadas en actividades económicas tradicionales. Por ello, la salud de los haquireños se enmarca en un escenario, donde las condiciones de vida, la precariedad creciente y las relaciones urbano-rurales, han modificado el sistema de valores, concepciones y prácticas médicas auténticas. Así también esta situación “erosiona las posibilidades de transmisibilidad de conocimientos tradicionales y prácticas médicas autónomas, que comienzan a integrar y depender de las pautas y protocolos de salud propios del sistema biomédico” (Chamorro & Tocornal, 2005, pág. 120).

En términos generales, el contexto socioeconómico y cultural presenta la preponderancia de las relaciones urbano-rurales continuos incentivado por el sector de la minería a gran escala instalada en estos últimos años. La coexistencia de una agricultura disminuida, la ganadería en desaparición, la emergencia de nuevos sectores económicos, la situación de las identidades problemáticas de *misti*-indio, la crisis de la institucionalidad de la participación política, brechas sociales, migración, brecha generacional, desarraigo juvenil, entre otros problemas, se superponen con una reapertura a la participación ciudadana, la aparición de nuevos liderazgos y la recuperación de la identidad cultural para la búsqueda de nuevas estrategias para la solución de sus problemas.

Las concepciones y prácticas sobre el cuidado materno están determinadas por la concepción sobre la salud. Así también, la concepción de la salud es marcada por su cosmovisión del mundo, territorio y los distintos planos de la realidad. A pesar del mestizaje desde el siglo XVI y la creciente globalización aún se mantiene la cosmovisión andina y una de las formas más visibles de esta es en el ámbito de la salud. La cosmovisión andina marcaba una matriz cultural propia a los pobladores antes de la llegada de los españoles. Los principios andinos de ayllu, armonía, dualidad, reciprocidad, competencia, virtudes en la ética, cooperación, diversificación biológica, unidad de lo colectivo-individual, tolerancia religiosa, enseñanza con el ejemplo, desde el plano de la cosmovisión estaban enmarcados en un nivel espiritual (Montoya, 2010). En la cosmovisión el mundo tiene vida, está llena de espíritus. Cada actividad o cosa estaba reglado por la intercesión de los espíritus. Desde las épocas pasadas esto se puede ver en los mitos recogidos en las crónicas, tejidos, pictografías en ceramios. Aún hoy se puede ver en los sueños, tejidos, en los rituales, cuentos, canciones.

El concepto de salud obedece a una visión holística de la realidad donde la salud abarca lo individual, familiar y comunal y fundamentalmente busca el equilibrio. Es la armonía de dimensiones físico-biológica, histórico-cultural, natural y espiritual. Lo físico incluye el bienestar corporal, lo histórico-cultural define la comprensión sobre el origen, desarrollo y resolución de la enfermedad en condiciones específicas de la tradición; la dimensión de lo natural incluye a los elementos de la naturaleza, sus fenómenos físicos y sus espíritus; y la dimensión espiritual que dota el bien y el mal a las personas. Estas dimensiones no son interdependientes sino “constituyen una unidad dialéctica, en la medida que todas se contienen, en la dimensión natural coexisten elementos de la madre naturaleza y sus espíritus, lo espiritual es un elemento distintivo de la historia grupal y

todas, la natural, la histórica y la espiritual, determinan la presencia de las afectaciones físicas-biológicas” (Cardona-Arias, 2012, p. 635). La causa de la enfermedad obedece a desórdenes alimenticios, al desequilibrio con los espíritus y presión por terceras personas que manipulan los espíritus negativos.

El presente trabajo muestra un contexto dinámico en el que existe la pluralidad del sistema de salud en Haquira. La modernidad se ha introducido desde hace varias décadas cambiando los patrones de conducta entre la población. Los cambios se hicieron visibles con la Reforma Agraria del gobierno revolucionario de las Fuerzas Armadas. Pero, estos cambios se tornaron más sustanciales a partir de la década del 90. Los cambios se dan en la cultura material y en el comportamiento producto de “la mayor integración al espacio regional y nacional por el desarrollo de los medios de comunicación y la generalización del comercio, como por la masificación de la educación” (Diez A. , 2007, pág. 56). En estas circunstancias hubo un avance acelerado en la introducción del sistema biomédico, de la mano de la proliferación de otras ofertas en salud. Es por ello que se atestigua la presencia de un pluralismo médico. Esto es acompañado por la misma demanda de la población que cada vez tiene mayor acceso a la información. Las personas hacen uso alternativo de las medicinas. “La decisión de optar por uno o por otro tipo de asistencia está supeditada a factores como el costo, la comodidad, las creencias, el prestigio personal del médico o práctico tradicional, etc.” (Bellkhdar, 1989, pág. 190). En los andes se visualiza un contexto de pluralismo médico, en donde conviven la medicina tradicional y la biomedicina (Pedersen, 2009). Así también se visibiliza otro tercer actor que proviene de otras medicinas tradicionales y en este contexto vendría a ser una medicina alternativa (Demon, 2008).

Existen agentes de salud autóctonos con un bagaje venido de una larga tradición cultural que se remonta hasta la época de los incas, esto se evidencia por la misma terminología empleada para designar como *hampiq* y por los mismos planos en el que se desenvuelven. No obstante, estos estuvieron en constante intercambio de saberes con otros agentes de otras localidades y también tuvieron préstamos de otros sistemas médicos. En la actualidad sus conocimientos, prácticas y recursos son eclécticos y desde el registro levantado hace dos décadas, la cantidad fue disminuyendo. El panorama que se avizora es que no hay discípulos para transmitirles los conocimientos. Aunque, según dicen los agentes tradicionales, que lo único que se requiere es tener interés y curiosidad.

De acuerdo a las concepciones de salud y enfermedad los pobladores de Haquira han desarrollado un sistema propio de cuidados para la salud y esto se visualiza en la mayoría de los contextos rurales de la zona andina (Zuluaga, 2006). A pesar de la implementación de un sistema de salud biomédico, la población aún mantiene su sistema tradicional con terapeutas, repertorios e insumos terapéuticos, el marco legítimo de reconocimiento de los terapeutas y su itinerario de atención (Laza, 2011). El peso de la escolaridad es gravitante en la diferenciación social y cultural. El nivel en escolaridad incide en la comprensión de la naturaleza del cuerpo y su funcionamiento y en las prácticas para la salud (Gavilán, y otros, 2011). Esto es visto en otros escenarios, como en México, que las poblaciones mantienen sus sistemas de salud tradicionales con vigencia (Berenzon-Gorn, Ito-Sugiyama, & Vargas-Guadarrama, 2006). Pero no por ello este estudio puede generalizar sus resultados a otras regiones del Perú.

En cuanto a la salud materna se encuentra que los conocimientos en cuidados no son exclusivos de las mujeres. Solo los aspectos ginecológicos son de asunto exclusivo de las mujeres, pero a nivel del tratamiento. Los conocimientos sobre salud sexual abarcan cada vez a todos los grupos de edad y es impulsado durante la etapa de la adolescencia. Se sabe entre los habitantes que la reproducción pasa por un proceso biológico luego de las relaciones sexuales, aunque todavía está vigente la forma de explicar este proceso con la analogía de la actividad agrícola. Con la escolaridad, una mujer, cual sea su edad, ya está en la capacidad de hacer el diagnóstico de su propio embarazo; aunque todavía acude a las personas de su entorno de confianza para dar el diagnóstico oficial. La persona de confianza, para hacer un diagnóstico, puede ser una señora mayor especialista o el personal del Centro de Salud.

Los conocimientos sobre el embarazo propiamente dicho y los cuidados que ello implica son socializados en los colegios y en campañas del personal del Centro de Salud. Esto convive con los conocimientos tradicionales y la manera tradicional de transmitir los conocimientos sobre la prevención de riesgos y manejo de los problemas en un embarazo. Quiere decir que están vigentes los conocimientos tradicionales sobre el cuidado materno y también la forma de transmisión de estos conocimientos son practicados por los haquireños, incluso para transmitir los conocimientos de la biomedicina.

Cada vez hay acierto común sobre las responsabilidades colectivas que implica tener un hijo. En cuanto al rol de una pareja en una sociedad solo es claro entre las personas mayores. Es por ello que todavía se hace uso de las narraciones míticas o “historias de conocidos” para inculcar a los jóvenes en su labor como padres y miembros de su sociedad. Las expectativas sobre el porvenir van motivadas por la mejora de sus condiciones a través de la profesionalización y el éxito económico. Es por ello que la expectativa sobre la pareja para formar la familia tiene la exigencia de que tenga los recursos “para salir adelante” y tener un hogar bien proveído. La formación de estas expectativas ha cambiado el perfil demográfico y la edad reproductiva. Hay la tendencia a disminuir el embarazo en los grupos de edad de menores y el promedio es de 20 años entre las mujeres. Así también, la diferencia de edades entre varones y mujeres que forman pareja es menor en comparación a las décadas pasadas: en lo posible se busca la misma edad entre las parejas. Ello también ha modificado el patrón de asentamiento que tenía la tendencia a la urbanización y ahora se muestran cada vez más dispersos porque se forman nuevos hogares con patrones de residencia neolocales.

El buen estado del embarazo es una responsabilidad colectiva. En las comunidades campesinas, una mujer embarazada con pareja estable es un asunto de interés colectivo porque el nuevo habitante también será un usuario de los bienes colectivos. Si se trata de parejas jóvenes, significa la consolidación de una nueva familia y por ende una nueva asignación de cercos para esa pareja, que tendrá animales que requieren pastos y siembras que requieren tierras fértiles. Es por ello que entre el colectivo hay un cuidado para el buen desenvolvimiento de la mujer embarazada en su hogar y en la comunidad. También hay vigilancia para que la mujer embarazada no este exponiéndose al peligro o este corriendo riesgos a fin de evitar incidentes graves o accidentes que al final de cuentas llevarían a la desestabilidad de su salud, la familia y la comunidad.

Los cuidados de la mujer durante el embarazo son el tema más importante en la salud materna de las haquireñas porque de esta depende el parto, el futuro del niño y el porvenir de la familia. Por eso es que se insiste en la prevención de eventos no deseados. Se tiene un enmarañado sistema de prohibiciones culturales transmitidos en forma de narraciones interesantes bajo la calidad de cuentos, mitos, refranes, dichos, comentarios. Mediante esas prohibiciones y ciertos auspicios se dan recomendaciones sobre seguridad personal, buena alimentación, prevención de complicaciones obstétricas. Insisten en que la alimentación es fundamental para el buen desarrollo del embarazo y para ello ponen

a consideración una lista de productos nativos. La buena alimentación también es asistida con el uso de plantas medicinales para el fortalecimiento de la salud de la mujer y la preparación para el parto. Consideran que aquellas mujeres que no siguieron las normas y valores culturales de la localidad, ya sea en las relaciones con los seres sobrenaturales, con la misma sociedad o en la prevención de problemas de salud, pueden terminar con la muerte de la mujer, él bebe en “mal parto” o en *sullusqa* (abortos), o desgraciadamente de ambos.

La expectativa sobre el trabajo de parto es la situación más recurrente durante el embarazo de una mujer. El dolor de parto es el aspecto que se menciona con frecuencia cuando se versa sobre los valores sociales en el parentesco, las normas sociales y la vida comunitaria. El miedo a la muerte es el otro aspecto recurrente durante el embarazo. Por los antecedentes de experiencias trágicas y por ser algo común, muchas mujeres piensan en ello. Por eso la expectativa del trabajo de parto que tienen es tener un “buen parto” en donde él bebe salga rápido, haya poco dolor y no existan complicaciones obstétricas. Es por eso que siguen todas las indicaciones que se les da en sus casas, en la comunidad y en el Centro de Salud. Para el parto, en el pasado se solía alistar todos los elementos materiales y espirituales para emplearlos en los procesos de “manipulación” y rituales. Los partos se hacían en la misma casa de las parturientas de la mano de una partera muy experimentada. En las últimas décadas el parto domiciliario fue disminuyendo, primero porque todo embarazo era detectado y los del Centro de Salud se esmeraban en registrarlos como partos institucionales, así sean domiciliarios. En estos dos últimos años ya no hubo partos domiciliarios.

Los últimos partos domiciliarios institucionales fueron por eventos como partos inminentes adelantados o lejanía al establecimiento de salud. Se observa que cada vez hay mayor preferencia por los partos en el Centro de Salud porque un nacimiento implica realizar una serie de registros y el CC.SS. facilita ello para poder tener acceso a los programas sociales del gobierno. Aunque todavía hay ciertos desencuentros entre la población y el personal del Centro de Salud en cuanto a los acompañantes a la sala de parto, las plantas medicinales que ayudan al parto, el tratamiento del cordón umbilical y la placenta. Una vez realizado el parto y la estabilización del bebe, se da de alta a la mujer luego de dos o tres días. La familia de la mujer parturienta desearía que fueran más días, pero las disposiciones del Centro de Salud no lo permiten. La gente considera que la mujer púérpera debe tener por lo menos una semana de descanso o a lo mejor los

cuarenta días que se acostumbraban hace décadas. Por eso, una vez que la mujer es dada de alta, sus familias las llevan a completar los días de reposo. Aunque ese reposo costumbrista no se cumple con las mujeres jóvenes que de inmediato se levantan a hacer sus actividades o en aquellas mujeres que no tienen el soporte familiar y económico.

La salud es resultado de la correlación de varios factores políticos, económicos, sociales, culturales y religiosos. Es por ello que es importante abordar el soporte social en la localidad destinada a velar por la salud. En el distrito de Haqira existen varios actores sociales e instituciones del gobierno y privadas. Entre estos actores sociales se observa que para intervenir en la salud materna lo hacen dependiendo al grado de conocimiento que tienen sobre el contexto social, cultural y de la salud local a lo que llaman la “sensibilización. Ven que en la localidad hay potencialidades en los recursos naturales y esos se podrían explotar para generar ingresos. La población es heredera de una tradición cultural, que se observa con mayor precisión en las comunidades campesinas y esa es una ventaja. La salud va en mal estado desde aspectos de epidemiología, problemas de infraestructura y asignación de personal. Los problemas en los servicios de salud son por incapacidad de gestión en los decisores políticos. Se están dando cambios en los hábitos de la población lo cual resulta favorable para la incorporación de planes de desarrollo, específicamente en la gestión de proyectos en agropecuaria. Existe fragmentación social que dificulta la intersectorialidad.

Los cambios acelerados ubican al individualismo que es nocivo para el sistema tradicional de la sociedad. Ahora se privilegia la modernidad y el desarrollo, con ello dan preminencia a la pedagogía en menoscabo de las formas tradicionales de transmisión de valores y saberes. El discurso de la modernidad en términos de civilización justifica la ausencia de trabajos de pertinencia cultural. El personal médico reconoce algunas ventajas de las prácticas médicas tradicionales en cuanto a las plantas. Sin embargo, se conoce la cosmovisión de la gente porque esta es transmitida con facilidad a través de relatos orales.

En cuanto a la participación en salud de estos actores sociales e instituciones, basado en el grado de “sensibilización” del contexto, se observa que hay injerencia política de aquellos representantes locales para realizar gestiones que benefician a sus localidades de origen. Existen instituciones y programas que apoyaban para mejorar los indicadores en salud materna. En la actualidad ya no existe ese apoyo al Centro de Salud y a la Casa

Materna. La sociedad civil actúa de forma intermitente en los procesos participativos. En la década de los noventa hubo trabajo de sensibilización en los ciudadanos y actores políticos, pero eso es cortado en cada cambio de gestión de la alcaldía. Las políticas nacionales no funcionan en niveles de comunidades y distritos porque son aplicados mecánicamente sin conocer la singularidad de las localidades. Los representantes políticos, en estos últimos años, están presionando para tener consideración en las políticas regionales y nacionales. En el pasado había abandono y olvido por parte de la capital apurimeña de Abancay; por eso muchas gestiones se hacían con la región de Cusco. Y se observa que cada vez hay más rechazo a las autoridades locales porque la población siente que estos gobiernan solo para beneficiarse con los puestos laborales y las licitaciones que lo entregan a sus testaferros con pagos sobrevalorados. También, las gestiones en el municipio no siguen su plan de gobierno trazado en sus campañas, no siguen el Plan de Desarrollo Concertado y hay poca claridad en ejecutar el Presupuesto Participativo.

Por el lado del Centro de Salud, que es principal encargo de observar la salud, se observa que su personal le da poca importancia al conocimiento del contexto social en donde trabajan. Ello se debe también al desconocimiento de la interculturalidad en salud entre el personal de los establecimientos. Es por ello que no hay reconocimiento oficial de los especialistas tradicionales, como si se tratara de hacer con la ONG CADEP en 1997. Es preciso señalar que mantener un sistema tradicional frente a un sistema biomédico-profesional puede generar tensiones, como se ha visto en muchos casos. Para eso es importante conocer a la población local para detectar los posibles desencuentros que se pueden suscitar.

A nivel nacional se habla de la interculturalidad que es entendido como el proceso de articulación de diferentes enfoques conceptuales de la atención de la salud existentes, en un espacio físico o social, de una manera horizontal y respetuosa entre ellos, basada en el intercambio y discusión de ideas, prácticas y experiencias. Si se quiere empezar con aplicar el enfoque intercultural se debería iniciar con hacer extensivo con la propuesta de la interculturalidad. Ello permitiría identificar la especificidad cultural de la población en donde se está laborando, de manera que se tenga registro de todos aquellos que ofertan la salud tanto en servicios como en insumos, se pueda hacer fiscalización con quienes expenden fármacos o medicamentos procesados, tener un mapeo de los agentes y su registro, de manera que una vez ubicados se pueda establecer el diálogo

intercultural. Esto permitiría reconocer la importancia y las ventajas que tiene la interculturalidad. A partir de esa difusión se podría aprender de la medicina tradicional y hacer trabajos en dialogo intercultural. Esos aspectos son puestas en agenda para el futuro y debería generar compromisos para ponerse en marcha. Por lo pronto, a partir de estas conclusiones, se vislumbra que un estudio sobre la salud en general, más allá de la salud materna, en una población con las mismas características de Haquira es tarea necesaria y pendiente; ello debería observar con detenimiento sobre la forma en que se está aplicando la interculturalidad.

Bibliografía

- Alcalde-Rabanal, J., & Otros. (2011). Sistema de Salud de Perú. *Salud Pública de México*, 53, 243-254.
- Anderson, J. (2001). *Tendiendo Puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- Arguedas, J. M. (1973). *Todas las sangres*. Lima: Ediciones Peisa.
- Arguedas, J. M. (1989). *Canto Kechua*. Lima: Horizonte.
- Arredondo, S. (1970). *Los ayllus de Haqira*. Cusco: Tesis Doctoral UNSAAC.
- Arroyo, S. (1981). *Algunos aspectos de la ideología Andina: Pagapu y Wamani en dos comunidades*. Huamanga: UNSCH.
- Avila, F. d. (2012). *Dioses y hombres de Huarochiri: narración quechua recogida por Francisco de Avila*. Lima: IEP.
- Bartolomé, M. A. (2003). En defensa de la etnografía: el papel contemporáneo de la investigación. *Revista de Antropología Social*(12), 199-222.
- Bellkhdar, J. (1989). Nueva perspectiva de la medicina tradicional en Marruecos. *Foro Mundial de la Salud*, 10, 188-194.
- Bello, A. (2004). *Etnicidad y ciudadanía en America Latina. La acción colectiva de los pueblos indígenas*. Santiago: CEPAL, GTZ.
- Bello, A. (2004). La situación de los pueblos indígenas en América Latina. En A. Bello, *Etnicidad y ciudadanía en America Latina. La acción colectiva de los pueblos indígenas* (págs. 47-59). Santiago: ONU, CEPAL, GTZ.
- Bello, A., & Rangel, M. (2000). *Etnicidad, "raza" y equidad en America Latina y el Caribe*. CEPAL.
- Berenzon-Gorn, S., Ito-Sugiyama, E., & Vargas-Guadarrama, I. (2006). Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de Mexico. *Salud Pública México*, 1(48), 45-56.
- Bernal, E. (2010). Estudio Epidemiológico y Síndromes Folkloricos en Cinco Ciudades de la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental*, 26(1), 49-57.
- Beytia, P. (2012). Una lectura bourdieuana acerca de Bourdieu. La posición epistemológica del constructivismo estructuralista. (U. A. Hurtado, Ed.) *Persona y Sociedad*, XXVI(3), 11-32.
- Bohannon, P., & Glazer, M. (1993). *Antropología. Lecturas*. Madrid: McGraw-Hill.
- Borja, A. (2010). *Medical Pluralism in Peru - Traditional Medicine in Peruvian Society*. Brandeis: Brandeis University.

- Borja, A. (2010). *Medical Pluralism in Peru - Traditional Medicine in Peruvian Society*. Brandeis: Brandeis University.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido practico*. Madrid: Taurus.
- Cabieses, F. (1982). Historia de la ciencia y la tecnología en el Perú. En J. Mejia, *Historia del Perú. Procesos e instituciones*. Lima: T. X.
- Cabieses, F. (1996). La articulación de las medicinas tradicionales con la medicina oficial. *La articulación de las medicinas tradicionales con la medicina oficial*, 57(1).
- Cabieses, F. (2007). *La salud y los dioses. La medicina en el antiguo Perú*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Científica del Sur.
- Cáceres, E. (1988). *Si crees, los apus te curan. Medicina andina e identidad cultural*. Cusco: Centro de Medicina Andina.
- Campos, R., & Citarelli, L. (2010). *Yachay tinkuy salud e interculturalidad en Bolivia y America Latina*. Bolivia: PROHISABA.
- Cardona-Arias, J. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14(4), 630-643.
- Carey, J. (1993). Distribution of Culture-Bound Illnesses in the Southern Peruvian Andes. *Medical Anthropology Quarterly*, 7(3).
- Carmona, A. (2009). Propuesta de un marco conceptual para el estudio de la medicina tradicional andina. En R. Sánchez, & R. Sánchez, *Medicina Tradicional Andina: planteamientos y aproximaciones* (págs. 19-27). Cuzco: Centro Bartolome de Las Casas.
- Carreño, R. (2010). Algunas consideraciones sobre el cementerio de Haquira, Apurímac, Peru. *Boletín de Monumentos Históricos*.
- Castillo, P., Diez, A., Burneo, Z., Urrutia, J., & del Valle, P. (2007). *¿Que sabemos de las comunidades campesinas?* Lima: Centro Peruano de Estudios Sociales Allpa.
- Cavero, R. (2001). *Los dioses vencidos. Una lectura antropológica del Taki Onqoy*. Ayacucho: Mercantil Ayacucho.
- CENSI. (2014). *Dialogo intercultural en salud: documento técnico*. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Céspedes, N. (2008). *Mitos y ritos en la comunidad de Chula, Razuhuillka, 2006-2008*. Huamanga: UNSCH.
- Chamorro, A., & Tocornal, C. (2005). Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: hacia un etnografía médica contemporánea. *Estudios Atacameños*(30), 117-134.
- Chaumeil, J. P. (1998). *Ver, saber, poder. Chamanismo de los Yachas de la Amazonía peruana*. Lima: FEA/CAAAP/CAEA.

- Chiappe, M. (1969). El síndrome cultural del daño y su tratamiento curanderil. En O. Valdivia, & A. Pendola, *Anales del Primer Congreso Nacional de Psiquiatría* (págs. 330-337). Lima: Editorial Imprenta Amauta S. A.
- Clifford, J., & Marcus, G. (1986). *Writing Culture, the Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press.
- Cook, R. (2003). *Mortalidad Materna: Un problema de Salud Pública y Derechos Humanos*. Buenos Aires: UNICEF. Recuperado el 1 de Junio de 2016, de http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_mortalidadmaterna.pdf
- Córdova, G. (2014). Si lo conversamos, sabemos. Versaciones sobre la salud. En J. Anón, & A. M. Villacorta, *Qawasin Ruwastin viendo y haciendo. Encuentros entre sujetos del conocimiento en la universalidad* (págs. 137-166). RIDEI.
- Crandon, L. (1986). Medical Dialogue And The Political Economy Of Medical Pluralism: a case from rural highland Bolivia. *American Ethnologist*, 3(13), 463-476.
- Culqui, D., & Otros. (2008). El chacho (alcanza, hapiruzqa), síndrome cultural andino: características y tratamiento tradicional en Ayacucho, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25(1), 59-65.
- Cunningham, M. (2014). *Etnia, cultura y salud*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2016, de <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ipi20593.pdf>
- Delgado, H. (1988). *La medicina tradicional en Ayacucho (Testimonio)*. Ayacucho: UNSCH.
- Delgado, H. (2000). *La pluralidad de la medicina tradicional*. Lima: Instituto Nacional de Medicina Tradicional.
- Delgado, H. (2000). *La Pluralidad de la Medicina Tradicional*. Lima: INS, MINSA.
- Delgado, H. (2000). *Los especialistas en la medicina tradicional*. Lima: INS.
- Delgado, H. (s.f.). Las técnicas curativas en el mundo andino: el tratamiento de las enfermedades. *Cuadernos de Medicina Tradicional*(7), INMETRA.
- Delgado, H. (s.f.). Salud y Enfermedad en el Mundo Andino. *Cuadernos de Medicina Tradicional*, 1.
- Demon, J. (2008). Un acercamiento al pluralismo médico en los Andes. En B. Espinoza, & W. Waters, *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina* (págs. 99-118). Quito: FLACSO.
- Dietz, G. (1999). Etnicidad y cultura en movimiento: desafíos teóricos para el estudio de los movimientos étnicos. *Revista Nueva Antropología*, XVII(056), 81-107.
- Dietz, G. (2011). Hacia una etnografía doblemente reflexiva: una propuesta desde la antropología de la interculturalidad. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 6(1), 3-26.
- Diez, A. (1997). Diversidades, alternativas y ambigüedades: instituciones, comportamientos y mentalidades en la sociedad rural. *SEPIA VII*, 247-326.

- Diez, A. (1997). Formacion de Comunidades y crisis de representatividad: cambios en la politica "comunal" en la costa y sierra piuranas. En E. Gonzales, B. Revesz, & T. Mario, *Peru: el problema agrario en debate. Sepia VI* (págs. 395-422). Lima: SEPIA.
- Diez, A. (1998). *Comunes y haciendas. Procesos de comunalizacion en la Sierra de Piura (siglos XVIII al XX)*. Cusco: CBC, CIPCA.
- Diez, A. (1999). *Comunidades mestizas: tierras, elecciones y rituales en la sierra de Pacaipampa*. Lima: PUCP, CIPCA.
- Diez, A. (1999). Organizaciones de base y gobiernos locales rurales. Mundos de vida, ciudadanía y clientelismo. En E. Bardales, M. Tanaka, & A. Zapata, *Repensando la politica en el Perú* (págs. 17-57). Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.
- Diez, A. (2000). Juegos de propiedad. Parentesco e identidad en las comunidades de Piura. *Antropologica*(18).
- Diez, A. (2001). Organizacion e integración en el campo peruano despues de las politicas neoliberales. En N. Giarracca, *¿Una nueva ruralidad en America Latina?* (págs. 191-219). Buenos Aires: CLACSO.
- Diez, A. (2007). Ahora los ponchos son de lana sintetica: transformacion sociales en la sierra de Piura, 1970-1990. *Debate Agrario SEPIA*, 155-174.
- Diez, A. (2007). Organizacion y poder en comunidades, rondas campesinas y municipios. En P. Castillo, A. Diez, Z. Burneo, J. Urrutia, & P. del Valle, *¿Que sabemos de las comunidades campesinas?* Lima: Grupo Allpa.
- Diez, M. L. (2004). Reflexiones en torno a la interculturalidad. (U. d. Aires, Ed.) *Cuadernos de Antropologia Social*(19), 191-213.
- Direccion Regional de Salud Apurímac. (2012). *Reglamento de Organizacion y Funciones (ROF) de la Direccion de Red de Salud Cotabambas*. Abancay: Gobierno Regional Apurimac, DIRESA Apurimac.
- Dongo, S., & Puente de la Vega, J. E. (2011). *La atención del parto con enfoque cultural en los hospitales Regional y Antonio Lorena de la provincia de Cusco*. Cusco: Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco.
- Dradi, M. P. (1987). *La mujer chayahuita: ¿un destino de marginacion? Analisis de la condicion femenina en una sociedad indigena de la Amazonia*. Lima: Instituto Nacional de Planificacion, Fundacion Frederich Ebert.
- Espinoza, W. (1970). Un movimiento religioso de libertad y salvacion nativista. Yanahuara-1596. *Cultura y Pueblo*, 8-11.
- Espinoza, W. (2011). *Los incas. Economia, sociedad y estado en la era del tahuantinsuyo*. Lima: Amaru Editores.

- Espinoza, W. (2011). Salud y enfermedad. En W. Espinoza, *Los incas. Economía, sociedad y Estado en la era del Tahuantinsuyo* (págs. 169-177). Lima: Amaru editores.
- Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. (2011). *Estudio de barreras de acceso a las casas de espera, en Cusco y Ayacucho, y propuestas para asegurar su sostenibilidad*. Lima.
- Etxeberria, X. (2001). Derechos culturales e interculturalidad. En M. Heise, *Interculturalidad. Creación de un concepto y desarrollo de una actitud* (págs. 17-38). Lima: MINEDU.
- Eyzaguirre, C. F. (2016). *El proceso de incorporación de la medicina tradicional y alternativa y complementaria en las políticas oficiales de salud*. Lima: UNMSM.
- Flores, J. A. (2010). Trabajo de campo etnográfico y gestión emocional: notas epistemológicas y metodológicas. *Ankulegi*(14), 11-23.
- Florez, D. (02 de 11 de 2017). *Presupuesto sin participación: caso Haquira 2018*. Obtenido de DPOLITICA. La Política en el Punto de Mira: <https://dpolitika.wordpress.com/2017/06/05/presupuesto-sin-participacion-caso-haquira-2018/>
- Foucault, M. (1999). Nacimiento de la biopolítica. En M. Foucault, *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2001). El sujeto y el poder. En H. Dreyfous, & P. Rabinow, *Michael Foucault: Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires: Nueva Vision.
- Freyermuth, G. (2002). El material etnográfico como un instrumento para la identificación de factores de riesgo y la generación de propuestas en relación con el problema de la muerte materna. (U. d. Chiapas, Ed.) *Anuario*, 201-235.
- García, M. E. (2012). Muerte materna: algunas reflexiones. *Archivo médico Camagüey*, 16(6), 1647-1652.
- García, R. (2014). *Joyas turísticas de Haquira, capital histórica y folklórica de Cotabambas*. Arequipa: Edición Yanawara.
- García-Cancelini, N. (1989). *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México: Grijalbo.
- Garzón, E. (1996). 1780: Clero, elite local y rebelión. En C. Walter, *Entre la retórica y la Insurgencia: las ideas y los movimientos sociales en los Andes, Siglo XVIII*. Lima: CBC.
- Gasché Suess, J., Vela Mendoza, N., & de Jong, W. (2011). *Sociedad Bosquesina* (Vol. I). Iquitos: Instituto de Investigaciones de la Amazonia Peruana.
- Gasche, G. (2011). *La sociedad bosquesina. Ensayo de antropología rural amazónica, acompañado de una crítica y propuesta alternativa de proyectos de desarrollo*. Lima: IIAP, CIES, CIAS.

- Gasché, J. (1982). Las comunidades nativas entre la apariencia y la realidad: el ejemplo de las comunidades huitoto y ocaina del río Ampiyacu. *Amazonía Indígena*(5).
- Gasche, J., & Vela, N. (2011). *Sociedad bosquesina. ¿Que significa para los bosquesinos "autonomia", "libertad", "autoridad" y "democracia"?* (Vol. 2). Lima: IIAP, CONCYTEC, CIAS.
- Gavilán, V., Viguera, P., Parra, M., Madariaga, C., Morales, N., Arratia, A., & Andrade, R. (2011). La sociedad y la cultura andina contemporánea: estudio de los saberes para la salud y la enfermedad en los pueblos originarios del norte de Chile. *Revista de Indias, LXXI*(252), 571-600.
- Geertz, C. (1992). *La interpretacion de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Giarraca, N. (2001). Prologo. En N. Giarraca, *¿Una nueva ruralidad en America Latina?* Buenos Aires: CLACSO.
- Giddens, A. (1993). *Las nuevas reglas del metodo sociologico. Critica positiva de las sociologias inteprerativas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Giddens, A. (2000). *Sociologia* (3 revisada ed.). Madrid: Alianza Editorial.
- Gimenez, G. (1994). Comunidades primordiales y modernizacion en Mexico. En G. Gimenez, & R. Pozas, *Modernizacion e identidades sociales* (págs. 151-183). Mexico: IFAL-UNAM-IIS.
- Gobierno Regional de Apurímac. (2008). *Plan Estrategico Institucional 2007-2011, Ñawpaqman Apurimac*. Abancay: GRA.
- Gobierno Regional de Apurímac. (2010). *Plan de Desarrollo Regional Concertado. Apurímac al 2021*. Abancay: Gobierno Regional de Apurímac.
- Grady, D. (2010). Disminuyen las muertes maternas. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 29(2), 94.
- Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía, métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Heyerdahl, T. (1991). *La expedición de la "Kon-Tiki"*. Barcelona: Editorial de la Juventud.
- Hinostroza, L. (1983). Medicina andina en la comunidad de Putica. En D. d. Sociales, *Seminario de Investigacion II*. Huamanga: UNSCH.
- Huayhua, M. (2006). *Discriminacion y exclusion: políticas públicas de salud y poblaciones indígenas*. Lima: IEP.
- Huillcahuanaco, N. (2008). El papel de las redes en la recomposicion territorial y distribucion de actividades economicas productivas. Caso: distritos de Challhuahuacho y Haqira, Apurimac. (UNMSM/IIHS, Ed.) *Investigaciones Sociales*(21), 353-366.

- Huillcahuanaco, N. C. (2008). El papel de las redes en la recomposicion territorial y distribucion de actividades economicas productivas. Caso: distritos de Challhuahucho y Haqira. *Investigaciones sociales*, XII(21), 353-366.
- Jiménez, G. (2003). *Rituales de vida en la cosmovision andina*. La Paz: Plural editores.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Social Science & Medicine*, 19(4), 85-93.
- Koss-Chioino, J. D. (2004). *Medical Pluralism in the Andes*. Londres: Routledge.
- Lacaze, D. (2010). *Cultura y Naturaleza en la Amazonia, Revitalizacion de los sistemas tradicionales de salud para la recuperacion de la salud de los pueblos indigenas de la Amazonia*. Pastaza.
- Landa, L. (2004). *Waqamuwanku haykumuyku (nos llaman y entramos). Los modos de participacion en el espacio rural: Cusco y Apurimac*. Lima: IEP.
- Laplatine, F. (1999). *Antropologia de la enfermedad. Estudio etnológico de los sistema de representaciones etiologicas y terapeuticas en la sociedad occidental contemporanea*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Lasso, P. (2012). Atencion prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensamiento Psicologico*, 10(2), 123-133.
- Laza, C. (2009). Algunos aportes del sistema teórico de la medicina tradicional. (F. U. Andina, Ed.) *Teoría y Praxis Investigativa*, 4(1), 61-68.
- Laza, C. (2011). Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia.
- Laza, C., & Cárdenas, F. J. (2009). Abordaje Interdisciplinario de la Salud y la Enfermedad: Aportes a la Enfermería. *Index de Enfermeria*, 19(1).
- Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J., & Espinosa-Henao, O. (2016). *El sistema de salud en Perú. Situacion y desafios*. Lima: Colegio Médico del Perú, REP.
- Levi-Strauss, C. (1982). La eficacia simbólica. En C. Levi-Strauss, *Antropología estructural* (págs. 211-227). Buenos Aires: EUDEBA.
- Llanque, J. (2007). Evidencias Lingüístico-Historicas del Jaqi-Aru como lengua de la cultura Wari. (U. d. Florida, Ed.) *Conferencia Anual del Centro de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Florida*.
- López, A. (2004). *Cuerpo humano e ideologia. Las concepciones de los antiguos Nahuas*. México: Universidad Nacional Autonoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas .
- Maldonado, M. (2007). *Concepción de salud y enfermedad en comunidad de San Pedro Hualla*. Huamanga: UNSCH.
- Marcus, G. (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 111-127.

- Mejia, M., Ortiz, R. C., Laureano, J., Alcantara, E., Lopez, M., & Gil, E. (2013). Aspectos sociales de la muerte materna: análisis de 5 años en el Hospital General de Occidente, Jalisco, México. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*, 6(78).
- Menendez, E. (1994). La enfermedad y la curacion. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menendez, E. (1997). El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones*, 69, 237-270.
- Menendez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *SALUD COLECTIVA*, 1(1), 9-32.
- Merino, M. (2016). *Ensayos sobre folklore peruano*. Lima: Universidad Ricardo Palma, Editorial Universitaria.
- Merino, M. (2016). Prólogo. En M. Merino, *Ensayos sobre folklore peruano* (págs. 11-34). Lima: Editorial Universitaria, Universidad Ricardo Palma.
- Mesa, G., & Valderrama, G. (2000). Turupukllay: la corrida del señor gobernador. 233-259.
- Milán, G. A. (2011). Reseña de Salud Intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano. (U. N. Misiones, Ed.) *Avá. Revista de Antropolgía*(19), 379-385.
- Ministerio de Salud. (2011). *Norma Técnica Sanitaria de Categorizacion de los Establecimientos de Salud*. Lima: MINSA.
- Monge, C. (1994). Transformaciones en la sociedad rural. *El Problema Agrario en Debate. SEPIA V*, 33-67.
- Montes, E. (2006). *Mitología y augurios surandinos*. Lima: Impresores-Editores.
- Montes, E. (2008). *Historia de Cotabambas*. Cusco.
- Montes, E. (2015). Apu yanahuara profeta de pachacamac huiracocha. *Revista Cultural Qotapanpa*(01), 8-13.
- Montes, E. (2015). La nacion qotapanpa. *Revista Cultural Qotapanpa*(01), 13.
- Montes, E. (2015). La nación yanawara. *Revista Cultural Qotapanpa*(01), 5-8.
- Montes, E. (2015). La rebelion de los indigenas de Cotabambas en el año 1730. *Revista Cultural Qotapanpa*(01), 13-16.
- Montoya, R. (2010). ¿Como cambia la cultura? Por dentro, a traves de su matriz. En *Porvenir de la Cultura Quechua en Peru. Desde Lima, Villa el Salvador y Puquio* (págs. 483-). Lima: Programa Democracia y Transformacion Global.
- Municipalidad Distrital de Haquira. (2012). *Plan de Desarrollo Concertado Haquira al 2021*. Haquira: MDH, Minam, PNUD, GEF.

- Municipalidad Provincial de Cotabambas. (2010). *Plan Estrategico de Desarrollo Concertado de la Provincia de Cotabambas al 2021. Resumen*. Cusco: Centro Bartolome de las Casas.
- Municipalidad Provincial de Cotabambas. (2010). *Plan Estrategico de Desarrollo de la Provincia de Cotabambas al 2021*. Tambobamba: Centro Bartolome de Las Casas, REMURPE, CARE, CADEP.
- Oths, K. (1999). Debilidad: ABiocultural Assessment of an Embodied Andean Illness. *Medical Anthorpolgy Quarterly*, 13(3), 286-315.
- Pariona, W. (2014). *Salud y enfermedad en Ayacucho: la medicina tradicional en el escenario del Siglo XXI*. Lima: UNMSM, Unidad de Post-Grado de la Facultad de Ciencias Sociales.
- Pariona, W., & Icochea, G. (1995). *Etnomedicina en el distrito de Ayacucho*. Ayacucho: UNSCH.
- Pastor, S. M., Romero, J. M., Hueso, C., Lilo, M., Vacas, A. G., & Rodriguez, M. B. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(19), 08 Pantallas.
- Paulino, M., & Thouyaret, L. (2006). Abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atencion: una reflexion desde las ciencias sociales. *Gaceta Urbana. Proyecto Urbano de Salud*(4), 50-51.
- Pedersen, D. (2009). Globalización, salud y sistemas médicos andinos. En R. Sánchez, & R. Sánchez, *Medicina Tradicional Andina. Planteamientos y aproximaciones* (págs. 47-62). Cuzco: Centro Bartolome de Las Casas.
- Pedersen, D., & Baruffati, V. (1989). Healers, Deities, Saints and Doctors: Elements for the analysis of medical systems. *Social Science & Medicine*, 29(4), 487-496.
- Peñalva, S. (1990). *En torno a la historia de Haquira*. Cusco: Tesis UNSAAC.
- Physicians for Human Rights. (2007). *Demoras fatales. Mortalidad materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura*. Washington D.C.: Physicians for Human Rights.
- Pino, S. d. (2016). *Etnicidad y Salud*. Washington: OPS, OMS, Oficina Regional Para las Americas.
- Polia, M. (1989). *Las Lagunas de los encantos. Medicina tradicional andina del Perú septentrional*. Piura: Central Peruana de Servicios (CESPER).
- Polia, M. (1994). *Cuando Dios lo permite: Encantos y arte curanderil*. Lima: Prometeo Editores.
- Polia, M. (1995). *Los guayacundos ayahuacas: una arqueologia desconocida*. Lima: PUCP.
- Polia, M. (2009). Consideracion culturales acerca del rol y eficacia de la medicina tradicional andina. En R. Sánchez, & R. Sánchez, *Medicina tradicional andina*.

- Planteamientos y aproximaciones* (págs. 97-108). Cuzco: Centro Bartolome de Las Casas.
- Poole, D. (1991). Paisajes de poder en la cultura abigea del sur andino. *Debate Agrario*, 10-37.
- Popular (1973). Chinka chinka [Grabado por Centro Folklorico Kutaq]. Lima, Perú: El Virrey.
- Portocarrero, J. (2015). *Hacia una epidemiología de los padecimientos invisibles: variaciones en la interpretación y respuesta frente a los síndromes culturales en dos comunidades quechua de la provincia de Churcampá, región Huancavelica*. Lima: Tesis de Maestría PUCP.
- Portocarrero, J., Palma-pinedo, H., Pesantes, A., Seminario, G., & Lema, C. (2015). Terapeutas tradicionales andinos en un contexto de cambio: el caso de Churcampá en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 3(32), 508-514.
- Quevedo, Z. (2012). Criterios para la salvaguarda de la medicina tradicional peruana. *Pueblo Cont*, 23(1), 100-104.
- Ramírez, A. (2010). *Democracia y participación en espacios rurales. Un estudio en Tupe, una comunidad del jaqaru en el Perú*. Lima: UNMSM.
- Ramírez, S. (2008). Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *IX Congreso Argentino de Antropología Social* (págs. 1-22). Posadas: Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, UNaM.
- Ramírez, S. (2010). *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. La Paz: Editorial Gente Común.
- Ramírez, S. (2011). *Salud Intercultural: Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: Instituto Superior Ecueménico Andino de Teología.
- Ramírez, S. (2014). Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. *Ciencia & Saude Coletiva*, 10(19), 4061-4096.
- Remy, M. I. (2005). *Los múltiples campos de la participación ciudadana en el Perú. Un reconocimiento del terreno y algunas reflexiones*. Lima: IEP.
- Restrepo, E. (2015). El proceso de investigación etnográfica. Consideraciones éticas. *Etnografías contemporáneas*, 1(1), 162-179.
- Rodríguez, Y. L., & Rodríguez, A. (2012). Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y El Caribe. *Movimiento Científico*, 6(1), 132-143.
- Rodríguez-Leal, D., & Verdú, J. (2013). Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan*, 13(3), 433-441.
- Roel, V. (1970). *Historia social y económica de la colonia*. Lima: Labor.

- Romani, O. (2013). *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicaciones URV.
- Rösing, I. (2003). *Religión, ritual y vida cotidiana en los Andes. Los diez géneros de Amarete. Segundo ciclo Ankari: Rituales colectivos en la región Kallawaya, Bolivia*. Madrid/Frankfurt: Iberoamericana / Vervuert.
- Sal y Rosas, F. (1971). Sobre el folclore psiquiátrico del Perú: hallazgos e intentos de esclarecimiento. En F. Samanez, R. Rios, & M. Lemlij, *Anales del Segundo Congreso Nacional de Psiquiatría* (págs. 197-218). Lima: Talleres Graficos Villanueva S. A.
- Salas, J., & Tito, R. Y. (2014). *Comunidad campesina y minería: una aproximación a la dinámica cultural en la comunidad de Fuerabamba, Cotabambas - Apurímac*. Cusco: Facultad de Ciencias Sociales, UNSAAC.
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 80-93.
- Sánchez, C. (2003). Voces y escritura: la reflexividad en el texto etnográfico. *Consejo Superior de Investigaciones Científicas*(1), 71-84.
- Sánchez, R. (2009). Los wisa: principales intérpretes del culto y las prácticas curativas en los Andes. En R. Sánchez, & R. Sánchez, *Medicina tradicional andina. Planteamientos y aproximaciones* (págs. 77-96). Cuzco: Centro Bartolome de Las Casas.
- Seguín, C. (1979). *Psiquiatría folklórica, Shamanes y curanderos*. Lima.
- Seminario, G., & Cárdenas, C. (2014). *Marco teórico e instrumentos para la evaluación de la incorporación del enfoque intercultural*. Lima: CIDA/OPS.
- Sharon, D. (1980). *El chamán de los cuatro vientos*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Sullca, H. (2011). Historias y memorias de la violencia política en Haquira.
- Tradicional (2008). T'ikapallana [Grabado por Wiphala]. De *Aguaclara*. Cusco, Perú: URUBAMBA.
- Tschopik, H. (2009). La magia y el mago. En R. Sánchez, & R. Sánchez, *Medicina Tradicional Andina. Planteamiento y aproximaciones* (págs. 65-76). Lima: Centro Bartolome de Las Casas.
- Valderrama, R., & Escalante, C. (1981). *Levantamiento de los indígenas de Huaquirá y Quiñota: 1922-1924*. Lima: Seminario de Historia Rural Andina.
- Valdivia, O. (1986). *Hampicamayoc. Medicina Folklórica y sus substrato aborigen en el Perú*. Lima: UNMSM.
- Valdizán, H., & Maldonado, Á. (1922). *La medicina popular peruana: contribución al folclore médico del Perú*. Lima: Imprenta Torres Aguirre.
- Valencia, Y. (2014). *Cultura de la maternidad en un ámbito rural y urbano*. Cusco: Facultad de Ciencias Sociales, UNSAAC.

- Valenzuela, W. (1999). *Los Shuchus*. Cusco: JL Editores.
- Verreau, D., Subiria, G., & Cordoba, J. (s.f.). *Una casa agradable y segura para dar vida: La Casa de Espera de Vilcashuamán*. INFPE Perú.
- Vidal, E. (1999). La participacion comunitaria en salud. Una experiencia en el Distrito de San Martin de Porres. *Investigaciones Sociales*(3), 185-200.
- Werner, D. (1998). *Donde no hay doctor*. Cusco: Centro Bartolome de las Casas.
- Zapata, S. (1969). Hacia una clasificacion de los sindromes psiquiatrico-culturales del Perú. En A. Seguin, & F. Rios, *Anales del Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatria* (págs. 55-56). Lima: Editorial Talleres Gráficos Villanueva.
- Zuluaga, G. (2006). La construccion cultural de la salud y la enfermedad. Aproximacion desde un diálogo intercultural. *Seminario Internacional de Etnoecología y Conocimiento Tradicional* (págs. 1-28). Bogotá: Universidad del Rosario, Universidad Complutense de Madrid.
- Zuluaga, G. (2006). Reflexiones para un diálogo entre los sistemas tradicionales de salud y la medicina occidental.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Planes de desarrollo regional, provincial y distrital

	PDC - Regional	PDC - Provincial	PDC - Distrital
Enfoque de desarrollo	Desarrollo humano, sostenible y equitativo	Desarrollo humano con equidad, participación y sostenibilidad	Desarrollo humano
Diagnóstico y tendencias	Idem. Anexo	Idem. Anexo	Idem. Anexo
Brecha (diagnóstico y tendencias)	Idem. Anexo	Idem. Anexo	Idem. Anexo
Visión	Apurímac al 2021 es una región integrada y descentralizada, con una sola identidad andina y moderna surgida del dialogo intercultural de sus pueblos, quienes han alcanzado unidad para construir su desarrollo basado en una economía competitiva desde su producción agroecológica, pecuaria, des potenciales turísticas y el uso responsable de sus recursos naturales, en una sociedad con paz y buen gobierno, justa y solidaria, que promueve el desarrollo humano y sostenible.	Cotabambas, cuna de las papas nativas, es una provincia ecológica con capacidades y valores culturales, que gestiona responsablemente sus recursos naturales, la prestación de servicios y la producción con soberanía alimentaria y competitividad.	Somos un pueblo unido, solidario y saludable, con territorio ordenado, identidad cultural y capacidades institucionales para lograr un desarrollo integral y sostenible. Hemos alcanzado liderazgo y competitividad en la producción y servicios, con una economía diversificada y organización empresarial, mediante la gestión sostenible de los recursos: agropecuarios, ambientales, mineros, turísticos y artesanales, con articulación vial interna y externa, sobre la base de una cultura de paz y un ambiente saludable.

Fuente: Plan de Desarrollo Concertado Distrital, 2015.

Anexo 2. Plantas Medicinales en Haquira

Nombre	Forma de administración	Utilidad
Achicoria	Jugo, hojas y Tallo, extracto	Manchas en la cara, males de hígado, dolor de estómago, riñón, inflamaciones.
Agracejo	Infusión, tónico	Dolor de riñón, contra vómitos
Ajenjo	Infusión, emplasto, frotación y baños	Cólicos por frío, parásitos, diarrea, reumatismo, parto.
Ají	Sahumerio	Mal viento
Ajos	Cocimiento en comidas, fritura, cataplasma	Presión alta, tos, bronquios, parásitos.
Albaca	Infusión	Ayuda a la dilatación durante el parto
Alfalfa	Infusión de hojas y jugo	Evita la caída del cabello, anemia, debilidad.
Aliso	Baño, infusión de las hojas	Reumatismo, elimina el ácido úrico, susto e inflamaciones
Altea	Consumo de raíz	Cicatrizas heridas
Anís	Infusión	Dolores de estómago, digestivo, bronquios.
Apio	Infusión	Limpia el estómago, nervios, cólicos, mejora la digestión.
Arrayan	Infusión, baños	Bronquitis, hemorroides, reumatismo.
<i>Atoq</i> lisas	Cocimiento	<i>Mushpaq</i> , sonámbulos
Aya zapato	Infusión, flores, hojas, cataplasma, baños	Mal aire, resfríos, fracturas de huesos, sustos, flujo vaginal, menstruación irregular.
Berro	Ensalada, cataplasma, extracto	Anemia, manchas en la cara por mal de hígado, diabetes, vesícula, desinflamante, TB, infecciones estomacales.
Bolsa bolsa	Infusión	Vesícula biliar
Borraja	Zumo, cataplasma, infusión	Fiebre, calor al estómago, reumatismo.
Cactus o gigantón	Lavados	Contra la caspa y heridas en la cabeza.
Calabaza	Cataplasma, cocimiento, sopa	Infecciones estomacales, parásitos internos, quemaduras.
Caléndula	Infusión, baños, lavados	Sarna, Heridas, úlceras, dolores menstruales, gastritis.
Capulí	Jugo de fruto, infusión de hojas	Gripe, enfermedades de los ojos, piel.

Cebada	Moliente	Limpia el estómago, Indigestión, diarrea.
Cebolla	Cataplasma, extracto, frotación	Quemaduras, resfríos, bronquios, expectorante.
Cedrón	Infusión	Dolor de estómago, nervios, angustia.
Chachacoma	Infusión, como condimento, en crema de ají	Cólicos, dolor de estómago, ayuda en el parto, abortivo.
Chanca piedra	Infusión	Cálculos, riñones, lavado intestinal.
<i>Ch'illka</i>	Infusión de hojas, cataplasma, frotación con tallos	Resfríos, gripe, menstruación irregular, fracturas, dislocaduras, reumatismo, sinusitis.
China ortiga	Frotación, infusión	Malvientos, adormecimiento de pies, adormece
<i>Chinchilpuma</i>	Baños, jobeo con flores	Dolores de articulaciones.
Choclo	Infusión	Dolores estomacales, para la piel
<i>Ch'onqa ch'onqa</i>	Tintura, polvo, cataplasma	Heridas, hemorragias, golpes, contusiones
Chupa sangre	Cataplasma, emplastos, hoja, tallo	Golpes, heridas, desinflamante y coagulante.
Clavel	Infusión, ritual	Susto, nervios, "perlisia"(paro cardíaco), para pagos rituales.
Coca	Infusión, masticación, gárgaras, cataplasma, ofrenda.	Cólicos, inflamaciones de la boca, garganta, dolor de hueso, quemadura, tristeza, preocupación, angustia, valentía.
Cola de caballo	Cocimiento de y tallos, infusión, lavados	Hígado, riñón, úlceras, fiebre, heridas.
Culantro	Infusión, cocimiento	Cólicos y gases
Diente de león	Jugo, infusión	Acides estomacal, purifica la sangre, diurética, para el cáncer.
Eucalipto	Infusión de hojas, frotación, sahumerio, tintura	Resfrío, gripe, tos, bronquios, dolor de amígdalas, mal viento.
Frutilla	Consumo	Piel, heridas y quemaduras
Geranio	Cocimiento de hojas, extracto de flores	Inflamación de amígdalas, hemorragias por heridas.

Gramma	Cocimiento	Corrige menstruación, irregular, inflamación de ovarios, parásitos, cólicos, fiebre, dolor de cintura.
Granada	Consumo	Resfrío
Granadilla	Infusión	Corrige la sangre, estreñimiento
Haba	Colirio de las hojas, cereal	Cataratas, heridas, para el resfrío
<i>Hank'uripa</i>	Infusión	Tos, resfrío
Hierba buena	Infusión, cocimiento con leche, extracto, ensalada	Dolor de estómago, para facilitar el parto, como purgante de parásitos.
Hierba Luisa	Infusión	Nervios, falta de apetito, decaimiento.
Higo	Consumo, infusión de hojas	Estreñimiento
Hinojo	Infusión	Aumenta la leche materna, Gripe, resfrío, cólicos por frío.
Hoja de naranja	Infusión	Corrige la sangre.
<i>WaKatay</i>	Infusión, sopa, lavados	<i>Sullu wayra</i> , cólicos estomacales, digestivo, heridas.
<i>Wamanpinta</i>	Infusión	Riñón, próstata.
<i>Wamanripa</i>	Infusión	Tos, resfrío
<i>Hullukamuña</i>	Infusión	Mal aire
<i>Janqoripa</i>	Infusión	Tos, resfrío
<i>Jarqolla</i>	Infusión, frotación con hojas	Dolor de estómago, <i>sullusqa</i> , miedosos, tembladera.
<i>Qantu</i> o Cantuta	Infusión, cataplasma, uso ritual	Susto, <i>machu</i> , puquio, antiinflamatorio, adornos.
<i>Kishwar</i>	Baño, aromaterapia Hojas, flores, infusión, lavados, ritual	<i>Qayqa</i> , reumatismo, Afecciones de vías respiratorias y urinarias.
<i>Lawatana</i>	Infusión, sahumerio, lavado	Inflamación del riñón
Lechuga	Ensalada, raíces	Nervios, estreñimiento, gastritis.
Lengua de perro	Cocimiento, extracto	Contra hechizos, caída de cabello, hígado, descensos vaginales.
Lengua de vaca	Cocción	Bronconeumonía
Linaza	Tostado y moliente	fiebre, heridas, Tumores, abscesos, estreñimiento.
Llantén	Cataplasma, lavados, jugo, cocimiento	Bronquios, golpes, quemaduras, inflamaciones, heridas, hígado, riñones, asma, purifica la sangre, cáncer.

Magüey	Infusión, zumo	Fracturas, irritación estomacal, reumatismo, asma.
Maíz	Infusión, pelos de choclo, emplasto, chicha, ritual	Inflamación de la vejiga, riñones,
Malva	Infusión, cataplasma, gárgaras	Catarros, bronquios, inflamaciones, fiebres, heridas, amígdalas, infección.
Manzanilla	Infusión	cólicos estomacales, resfrío, dolor de cabeza, ojos irritados, inflamación.
<i>Markho</i>	Infusión, cataplasma, frotación	Viento, resfrío, cólicos, mal aire, corrige desordenes menstruales, neuralgia, reumatismo, cicatrizante.
<i>Mashwa</i>	Cataplasma, cocimiento	Próstata, hígado, riñones, manchas de la piel.
Mastuerzo	Cataplasma, baños, infusión de hojas y flores	Tos, inflamaciones del riñon, higado, heridas, granos y empeines.
Matico	Cataplasma, baños, infusión	Inflamación del estómago, reumatismo, descensos y hemorragia vaginal, sarna.
<i>Maych'a</i>	Lavado	fiebre, calentura, diarrea
Menta	Infusión, extracto de hojas	Dolor de cabeza, cólicos estomacales, gusanos en el estómago, cólicos menstruales, dolor de muela, dolor de oído.
Molle	Emplasto, baños, infusión	Reumatismo, mal de aire, hemorragias, vaginales, heridas, caries.
Mostaza	Infusión de flor, raíces	Tos, aumenta la leche
<i>Motoy</i>	Infusión, lavado	Complicaciones con doble enfermedad, fiebre y tos
<i>Mullak'a</i>	Baño	Fiebre
Muña	Infusión, lavado, sopa, preservante	Gases, corrige la menstruación irregular, cólicos, gastritis
Nabo	Cocimiento, gárgaras	Resfrío, tos, amígdalas, aumenta la leche.
Naranja	Consumo, lavado con cascara seca	Resfrío, gripe, tos, cabello
<i>Ñuñu punku</i>	Consumo	Purgante
<i>Ñuñumia</i>	Lavado, frotación	Diarrea
Oca	Sancochado, infusión, hojas, tallos, cataplasma	Enfermedades del hígado, estomago, acné.

Olluco	Cocimiento, cataplasma	Dolor del estómago, heridas, infección de la piel.
Orégano	Infusión de hojas	Corregir menstruación irregular, cólicos por frío, gases, dolor de estómago, asma, gripe.
<i>Orqo ortiga (K'upallu)</i>	Infusión, extracto, frotación	Tos, riñón, dolor de cabeza, fracturas, luxaciones, calor interno, contra el reumatismo
Ortiga	Frotación, cataplasma y jugo	Dolor de cabeza, espalda, resfrío, reumatismo, hemorragias nasales y vaginales, presión baja.
<i>Pacha t'aya</i>	Baños	Reumatismo, tos
<i>Pachaq makin (pacha liwi)</i>	Emplasto, ritual	Buena suerte, pacha
<i>Paigo</i>	Infusión, cocimiento, extracto	Elimina lombrices, cólicos, condimento para la sopa.
Palma real	Infusión	Próstata
Papa	Emplasto, extracto	Dolor cabeza por calor, inflamaciones, úlceras, hígado, riñones, quemaduras, golpe.
<i>Para para</i>	Baños	Espanto
<i>P'ata kishka</i>	Adorno	Contraproduce las brujerías
Perejil	Infusión, cocimiento, extracto	Atrasos menstruales, hemorragias, ictericia, cicatrizante, ulcera.
<i>Pilli pilli</i>	Consumo de raíz	hígado
<i>Qaya qaya</i>	Lavado	Diarrea
Quinoa	Cocimiento del tallo, sancochado	Espasmos musculares, inflamación de la garganta
Ratania	Infusión	Dolencia de los ovarios
Retama	Infusión de flores, cataplasma, cocimiento de raíz, baños	Infección de riñones, nervios, hígado, sinusitis, reumatismo, resfrío, abortivo, dolor de cabeza, susto.
Romero	Infusión, cocimiento, baños, frotación, sahumerio	Nervios, dolor de cabeza, cólicos menstruales, amígdalas, artritis, reumatismo.
Rosa blanca	Infusión, frotación y baños con flores	dolor de garganta, susto, inflamación, irritación, vista, legañas.
Rosa roja	Baños, infusión	Suerte, dolor de corazón, tristeza
Rosa verde	Jugo de hojas, emplasto	Colerina, vesícula, nervios, tristeza, mal de corazón, presión alta, refresca zonas adoloridas.

Ruda	Infusión de hojas, frotación, emplasto y baños	Sarna, Corrige la menstruación irregular, cólicos, calambre, reumatismo, mal aire, empachos, resfríos, facilita el parto, abortivo.
Sábila	Infusión, emplasto	Ulceras, quemaduras, caída del cabello, gastritis
Salvia	Infusión, cocimiento, frotación	Bronquios, dolor de estómago, espalda, cólicos por frío, dientes débiles.
Santa María	Frotación, infusión	Resfríos, tos, susto, dolor de oído, mal aire.
<i>Sasawi</i>	Infusión	Resfrío, tos
Sauce	Pulverizado, lavado	Carnosidad de los ojos, crecimiento del cabello
Sauco	Infusión, gárgaras, frotación, cataplasma	Antiinflamatorio, reumatismo
<i>Sillk'awi</i>	Infusión, sahumero, lavado	Inflamación del riñón
<i>Supay qarqo</i>	Infusión, cocimiento	Protege contra todas las enfermedades
Tara	Infusión, cocimiento, sahumero	Amígdalas, asma, mal de aire.
<i>T'aya</i>	Infusión, lavados, enjuagues bucales	Ojos inflamados, diarreas, hemorroides, afecciones vaginales.
Tilo	Infusión	Insomnio, infección
<i>T'ola</i>	Infusión	Tos, desinflamante, garganta
Toronjil	Infusión	Estomacal, susto, nervios, inflamaciones, sedante, anti estrés.
Totora	Infusión	Ulceras, tumores
Trébol	Jugo, ensalada	Anemia
Tumbo	Infusión, cocimiento, frotación	hígado, Mareos, indigestión, fiebre, susto.
Tuna blanca	Consumo	Hígado
Tuna o penca	Ensalada, emplasto, zumo	Tos, inflamaciones de las vías urinarias, indigestión, diabetes, cáncer, gastritis
Tuna roja	Consumo	Hígado
<i>Uqhpa ladonpi sayaq</i>	Infusión	Abortivo
Valeriana	Infusión de hojas y tallo, cocimiento	Insomnio, cólicos menstruales, hemorragias por susto, estrés, epilepsia, locura

Verbená	Cataplasma, baños, cocimiento	Cáncer, heridas, hemorragias, golpes, contusiones, fiebres infecciosas, hígado, retención urinaria.
<i>Wachanqa</i>	Consumo	Purgante
<i>Warágo</i>	Lavado, consumo	Caspa, pelo
<i>Waqanki</i>	Infusión	<i>Wayrasqa</i> , hemorragias
<i>Wayra Sach'a</i>	Lavado	Diarrea
<i>Wikuña taya</i>	Frotación, infusión	<i>Qayqasqa</i> , mal viento, <i>wayrasqa</i>
<i>Willka qowa</i>	Frotación, infusión	Mal viento
<i>Yana tullu</i> ortiga		
<i>Yawar ch'onqa</i>	Tintura, polvo, cataplasma	Heridas, hemorragias, golpes, contusiones
<i>Yawar manto</i>	Consumo de flores y frutos	Corrige la circulación de la sangre, para la piel
<i>Yuyo (qhat'ago)</i>	Cataplasma	Golpes, absceso, reumatismo, calambre, anti anémico.
<i>Yuyo (gocha yuyo)</i>	Ensalada	Papera

Anexo 3. Animales empleados en la medicina

Nombre común	Nombre local	Forma de administración	Función
Abeja		Que la abeja plante su aguijón en la zona afectada, consumo de la miel	Reumatismo, previene cáncer, tos, golpes
Abejorro	<i>Oyronqo</i>	Consumo de la miel, picadura en zona afectada	Aumenta la visión nocturna
Águila	<i>Anka</i>	Empleo de nido en ritual	Para la locura
	<i>Anqaray</i>	Para el ritual	Para la buena suerte y la mala suerte de otros
Alpaca	Alpaca	Frotación con carne	Sarpullidos en la boca
	<i>Berna khuru, laqalaqa</i>		Heridas
Burro	Burro	Jobeo con los huesos, leche de burra negra, casco	Cólicos, inteligencia, mal viento
Carnero	Oveja	Se riega la sangre al cerro para tener buena salud, baños o tomar la sangre. Cataplasma con hiel. Grasa en frotación. Sangre de cordero negro. Lana, grasa	Para obtener buena salud y contra el daño, susto, anemia, fracturas, luxaciones, piel seca por frío, para llamar almas, para heridas
	<i>Ch'ichi qara</i>	Consumo de sangre	Inteligencia
Cernícalo	<i>K'illichu</i>	Encontrarse a uno, alas en sahumero	Suerte, propicia la suerte, para los sonámbulos
Chanco	<i>Khuchi</i>	Carne, manteca, orina, huesos, patas	Cólicos, <i>p'ukyu, machu wayra, wayra</i>
Cigarra	<i>Qeshqento</i>	Tostado	Neumonía
Comadreja	<i>Achoqalla</i>	Ritual	Suerte y danzas
Cóndor	<i>K'untur</i>	Sangre y carne	<i>Wayra</i> , males por brujería, locura
Conejo	Conejo	Emplasto y jobeo	Susto, gentil, mal aire, brujería
Cuculí	<i>Kullku</i>		
Culebra	<i>Mach'aghway</i>	Piel como vendaje, frotación con la grasa o la serpiente macerada en alcohol, consumo de carne.	Dislocaduras, fracturas, desparrame de nervios, recalco, tos, bronquios, reumatismo, rejuvenece

Cuy	<i>Quwi</i>	Jobeo y emplasto, Grasa en frotación, consumo en caldo.	Machu, susto, puquio, mas aire, brujería, calor interno, diagnóstico de enfermedades, orzuelo, heridas infectadas, hígado, manchas en la cara, evita el embarazo.
Escarabajo	<i>Akatanqa</i>	Ritual	Orejua
Gallina	<i>Wallpa</i>	Frotación con la grasa, hiel. Jobeo con gallina negra. La membrana de la cascara del huevo.	Resfrío, dolor de huesos, calambres, tos, gripe, bronquios, hígado, mal aire, brujería, para las cicatrices, para mal humor.
Gallo		Cabeza de gallo	Propicia mala suerte
Gato	<i>Michi</i>	Cocimiento, ritual	Susto, mal aire, tos, pulmonía, bronquios, contraproduce las brujerías
Gato montes	<i>Osqollo</i>	Cocimiento, ritual	Susto, mal aire, tos, pulmonía, bronquios, contraproduce las brujerías
Gavilán	<i>Aqchi</i>	Cocimiento, ritual y plumas como amuleto.	Mejora el equilibrio motor, protege del mal y contraproduce la brujería
Gorrion	Pichinko	Ritual y amuleto	Preventivo de mala suerte
Grillo		Jobeo, frotación con grasa de patas.	Mal aire, dolor de muela, para borrar las cicatrices.
Halcón	<i>Waman</i>	Ritual	
Insecto palo	<i>Machu caballo o Taputapu</i>	Ritual	Guía por el buen camino y previene la desgracia
Jilguero	<i>Ch'ayña</i>	Ritual	Propicia la habilidad en el canto
Lagartija	<i>Q'alaywa</i>	Emplasto, jobeo, cuajo	Mal aire, dolor de oído, dolor de cabeza, reumatismo, juventud, para hacer los mejores quesos
Llama	Llama	Jobeo, frotación con grasa de patas.	Dolores del cuerpo
Lombriz	<i>Llewq'a</i>	Frotación	Cáncer, quistes

Loro	Loro	Sahumerio con plumas de las alas	Unión de la familia, unión de animales
Mariposa	<i>Pillpi</i>	Polvo de coloración	Cicatrizas heridas externas, sarna
	<i>Mayuchuylla</i>	Sangre	Epilepsia
Muca	<i>Muka</i>	Emplasto, jobeo, cocimiento.	Mail aire
Mula	Mula	Placenta, casco, pelo, carne, sangre, cebo.	Esteriliza, controla la natalidad, dolores musculares
Murciélago	Maso	Tomar la sangre	Ataques epilépticos
Pájaro carpintero andino	<i>Hak'akllu</i>	Jubeo, beber sangre, cocimiento.	Susto, mal aire, producción de leche.
Pato	<i>Waswa</i>	Consumo de carne en sopa	Para evitar el embarazo
Paloma		Emplasto con sangre, beber sangre, jubeo	Debilidad del cerebro, susto, reumatismo, epilepsia.
Perdiz	<i>Yutu</i>		
Pericote	<i>Huk'ucha</i>	Emplasto con las crías, jubeo	diagnostica enfermedad, sustos, dolor de cabeza por debilidad.
Perro	<i>Yana Alqo</i>	Jubeo, cocimiento de cabeza, ritual, fertilizante.	Ofrendas, susto, <i>machu</i> , puquio, mal aire, alteraciones mentales, apilepsia.
Picaflor	<i>Q'ente</i>	Sangre	Susto de los niños, Parkinson.
Puma	<i>Puma</i>	Grasa,	Para fortalecer el cuerpo
Rana	<i>K'ayra</i>	Cataplasma con las vísceras, consumo en caldo	Mal aire, puquio, debilidad, memoria
Salta montes		Frotación con grasa de patas	Tónico para la fuerza muscular en brazos y piernas
Sapo	<i>Hamp'atu</i>	Emplasto con vendaje, jobeo.	Dolor de cabeza por frío, mal aire, brujería, paperas, bronquios, debilidad.
Spondillus	<i>Mullu</i>	Ritual	Previene el mal
<i>Tankayllo</i>	<i>Tankayllo</i>	Jobeo, frotación con grasa de patas.	Ahuyenta demonio,

Toro	Toro	Beber sangre	Susto, tónico para la debilidad.
	<i>Uchu uchu juru</i>	Líquido de patas	<i>Ticti</i> , heridas, sarnas
Vaca	<i>Waka</i>	Cocimiento de panza, emplasto con excremento, orine, hiel, patas	Desnutrición, debilidad de parto, quemaduras, verrugas, dolores de articulación, dolores musculares, golpes, articulaciones
Venado	<i>Taruka</i>	Ritual	Propicia mala suerte
Vicuña	<i>Wik'uña</i>	Grasa,	Pacha
Vizcacha	<i>Wisk'acha</i>	Frotación con grasa	Bronquios, enfermedades producidas por el frío.
Zarigüeya	<i>Unkaka</i>		
Zorrino	<i>Añas</i>	Cocimiento de hígado, cola y piel.	Recalco, bronquios, neumonía.
Zorzal	<i>Chiwako</i>	Cataplasma, jobeo	Dolor de cabeza por debilidad, brujería, pulmón.
	<i>Anqaray</i>	Nido	Contra la mala suerte
	<i>Ch'ichi qara</i>	Cocimiento en sopa o sahumero con plumas	Contra el susto, fortalece los nervios y mejora la memoria

Anexo 4. Lista de Hampiq Runas de las comunidades y barrios de Haquira

Nº	Nombres y Apellido	Barrio y/o Comunidad	Especialidad*			
			C	P	H	A
1	Gregorio Huillca Huamán	B. Ccayau				x
2	Aniceta Chahuayllo Condori	B. Huistac	x	x	x	
3	Ernesto Condori Escalante	C. Antapampa	x	x		
4	Masías Gallegos Bautista	C. Antapampa	x		x	
5	Ambrosio Escalante	C. Huancacalla Grande				x
6	Fidel Martínez	C. Huancacalla Grande		x		
7	Raúl Núñez Lovon	C. Huancacalla Chico				x
8	Elva Cornejo Guerra	C. Huancacalla Chico				x
9	Javier Huanacchiri Lovon	C. Cconchayoc				x
10	Benedicto Puma Oviedo	C. Lac-hua	x	x	x	
11	Juvenal Ccansaya Laguna	C. Lac-hua				x
12	Julián Curi Mallma	C. Patahuasi				x
13	Victor J. Huamani Álvarez	C. Antapunco	x		x	
14	Liberata Cusiatau Huamani	C. Antapunco	x	x		
15	Sofio Quispe Huamani	C. Hapuro				x
16	Rosas Humani Anaya	C. Hapuro	x			
17	Patricio Huamani Anaya	C. Hapuro				x
18	Eudiosio Álvarez Huamani	C. Hapuro				x
19	Darío Huamani Quispe	C. Huilluca				x
20	Amílcar Colque Chahua	C. Huicsupillo	x			
21	Emilio Samata Cusiatau	C. Huicsupillo				x
22	Abdón Cusiatau Ccansaya	C. Hapupampa	x			
23	Clímaco Cruz Anaya	C. Huancascca	x			
24	Ubaldo Ccasani Guzmán	C. Huancascca				x
25	Valentina Ccasani S.	C. Umuytu	x	x		
26	Pablo Pacco Mallco	C. Patán				x
27	Susana Mallma Quispe	C. Ccocharara	x	x	x	

*C = Curandero; P = Partero; H = Huesero; A = Aficionado.

Anexo 5. Priorización del presupuesto participativo multianual

Ejes	Idea de proyectos		Orden de priorización
	Nombre	Estado	
Economía	Mejoramiento de los servicios de promoción e los productores agropecuarios, agroindustriales, pecuarios y artesanales del distrito de Haquira	En evaluación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejoramiento y ampliación del sistema de riego en Oqrañawin 2. Instalación del sistema de riego en la comunidad de Manroqraq 3. Mejoramiento de la competitividad en la producción de ganado criollo en Haquira 4. Mejoramiento y desarrollo de la crianza de vicuñas en las localidades de Orcontaqui, Mutuhuasi, Pampauquipa, Mutca y Ccochasasin 5. Instalación del riego en Chirapatan, Ccolccabamba, Trapiche 6. Represamiento de Huayllapucro 7. Represamiento de Matara 8. Represamiento de Mutca 9. Riego pilapata y chirapatan
	Instalación del sistema de riego en el sector Pata Pata (Peccoy, Antapunco, Patahuasi, Pachucani, Llachua)	Idea de proyecto	
	Instalación del sistema de riego en Pisturo, Piscocalla, Ccolccarama, Umajuro, Hapuro, Huayllocca, Villa Merced, Tulla, Tinyaripa y Pucarumiyoc	Idea de proyecto	
	Creación del sistema de riego en los sectores de Mocabamba, Alto la Libertad, Bellavista y Ccocha	En evaluación	
	Mejoramiento de la crianza de animales menores cuyes en la microcuenca de Haquira	En formulación	
	Mejoramiento integral frutícola del distrito de Haquira	Idea de proyecto	
	Instalación del sistema de riego en los sectores de Matara, Ccaccampa, Pautani, Icmadata, Queñapampa y Hatunrumiyoc	Idea de proyecto	
	Instalación del sistema de riego de la laguna de Condorpata: Ccosama, Patan, Ccarmiscca, Taccrapunco	Idea de proyecto	
	Instalación del sistema de riego en los sectores Huistac y Ccayao	Idea de proyecto	

	Promoción de los cultivos andinos promisorios para garantizar la seguridad alimentaria en el distrito de Haquira Instalación del sistema de riego en los sectores Huistac y Ccayao	Idea de proyecto Idea de proyecto	
	Instalación del sistema de riego en la comunidad de Pauchimarcallac	En formulación	
	Instalación del sistema de riego en la comunidad de San Juan de Llachua	Idea de proyecto	
	Instalación del sistema de riego en la comunidad de Mocabamba	Idea de proyecto	
Educación	Mejoramiento de los servicios educativos en la I. E. I. Daniel Alcides Carrion - Huancascca	En formulación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejoramiento de la oferta del servicio educativo en la I. E. CEMA Patan 2. Mejoramiento del servicio educativo de la UNAMBA 3. Implementación de talleres técnicos a nivel secundario
	Mejoramiento de los servicios educativos en la I. E. I. Virgen de Chapi – Bellavista	En evaluación	
	Mejoramiento de los servicios educativos en la I. E. I. Manuel Gonzales Prada – Patahuasi, CEMA – Patan	En formulación	
	Mejoramiento de los servicios educativos en la I. E. I. Juan Pablo Vizcardo y Guzmán - Llachua	En evaluación	
	Mejoramiento de los servicios Técnico Productivos del CETPRO Haquira	Idea de proyecto	
	Mejoramiento de los servicios educativos en la I. E. I. Alternancia – Antapunco	Idea de proyecto	
	Mejoramiento de la oferta de los servicios educativos primarios en	Idea de proyecto	

	las instituciones educativas de Ccocha, Mocabamba, Bellavista y Cconchayoc		
	Mejoramiento de la oferta de los servicios educativos primarios en las instituciones educativas de las comunidades de Piscocalla, Pampa San Jose, Mutuhuasi, Ccochac Despensa, Icmadata y Ccosama	Idea de proyecto	
	Mejoramiento de la oferta de los servicios educativos primarios en las instituciones educativas de las comunidades de Quewñapampa, Pauchimarcillac y Ccocharara	Idea de proyecto	
	Mejoramiento de la oferta de los servicios educativos primarios en Ocranahuin, Huancacalla Chico, Pampa San Jose, Pauchimarcillac, Antapampa y San Antonio de Pichihua	Idea de proyecto	
	Mejoramiento de la oferta de los servicios educativos primarios en Huilluca, Hapuro, Hapupampa y Huicsupillo	Idea de proyecto	
	Mejoramiento de la oferta de los servicios educativos primarios	Idea de proyecto	
Saneamiento y salud	Mejoramiento y ampliación de los servicios de agua potable y alcantarillado en la comunidad de Nuevo Chirapatan	Idea de proyecto	1. Mejoramiento del servicio de salud en el Puesto de Salud de Huancascca 2. Mejoramiento del servicio de salud en el Puesto de Salud de Patan
	Instalación de los servicios de Agua Potable y Alcantarillado	Idea de proyecto	

	en la comunidad de Tulla		3. Mejoramiento del servicio de salud en el Puesto de Salud a Ccocha 4. Mejoramiento y ampliación de saneamiento básico Ccayao - Huistac
	Mejoramiento y ampliación del servicio de agua potable y disposición de excretas del centro poblado de Chirapatan	Idea de proyecto	
	Mejoramiento y ampliación de los servicios de saneamiento básico de los anexis del centro poblado de Qeñapampa, comunidades de Payapatan, Occoruruyoc, Ccallahuasi, Ccochapampa, Yanahuaylla, Huaman Charpa, Illac Huillca	Idea de proyecto	
	Mejoramiento y ampliación de los servicios de saneamiento básico de los anexos del centro poblado de Huancascca, comunidades de Caccahuasi, Tulla, Qehua huaylla, Callo pujio, Peruro, Huayhuacalla, Tecllasca, Ccacahua, Choccemaro	Idea de proyecto	
	Mejoramiento y ampliación de los servicios de la casa materna en el barrio Ccayao	Idea de proyecto	
	Mejoramiento y ampliación de los sistemas de agua potable e instalación del sistema de alcantarillado en la comunidad de Mutca	Idea de proyecto	
Transporte	Mejoramiento de la carretera de Ancobamba	Idea de proyecto	1. Creación de la carretera Patan –

	– Antapunco - Ccasasccapata		Tacrapunco – Ccochasasin
	Mejoramiento y ampliación de la carretera Ccocha - Ccochamayo	Idea de proyecto	2. Creación del camino vecinal Mocabamba – Pisihua
	Creación del puente carrozable de la comunidad de Trapiche	Idea de proyecto	3. Creación del camino vecinal Llancama – Mutcayoc
	Instalación del sistema de Radio Comunicación a nivel distrital	Idea de proyecto	4. Creación de puentes peatonales y carrozables en Lachua, Patan, Antapunco
			5. Pistas y veredas en la calle Ramon Castilla de Haquira.
			6. Creacion del camino vecinal Mocabamba, Toroya, Ccocha
Turismo	Recuperación y valoración de la identidad cultural		1. Recuperación y valoración de la identidad cultural
	Creación del complejo cultural y de servicios turísticos en la zona paisajística de qoñaunco		2. Creación del complejo cultural y de servicios turísticos en la zona paisajística de qoñaunco
	Mejoramiento de los servicios turísticos de Markansaya		3. Mejoramiento de los servicios turísticos de Markansaya
	Espacio multiuso de C. P. San Juan de Llachua		4. Espacio multiuso de C. P. San Juan de Llachua
	Espacio multiuso comunidad de Patahuasi		5. Espacio multiuso comunidad de Patahuasi